

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lidská práva osob s mentálním postižením – analýza možných pojetí práce  
s rizikem na chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením

Human rights of people with mental disabilities – Analysis of possible  
approach to work with risk in sheltered housing for people with mental  
disabilities

Mgr. Dana Průchová

Vedoucí práce: PhDr. Zbyněk Němec, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma *Lidská práva osob s mentálním postižením – analýza možných pojetí práce s rizikem na chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením* vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

podpis

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji PhDr. Zbyňkovi Němcovi, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a podněty, které mi poskytl jako vedoucí bakalářské práce.

## **Anotace**

Ústředním tématem bakalářské práce je problematika práce s rizikem s lidmi s mentálním postižením. V teoretické části se práce věnuje charakteristikám a otázce dospělosti lidí s mentálním postižením, popisuje vývoj přístupu společnosti k nim a legislativu týkající se lidí s postižením a zabývá se problematikou práce s rizikem. Cílem výzkumné části je zjistit, jak jsou klienti chráněného bydlení spokojeni s pokroky ve své samostatnosti v rámci práce s riziky za dobu využívání služby chráněného bydlení. Zároveň sleduje, jaké mají klienti o riziku povědomí a jak jsou schopni posoudit své vlastní schopnosti a limity. K tomuto účelu byly v designu případových studií použity polostrukturované rozhovory s klienty a jejich klíčovými pracovníky.

**Klíčová slova:** lidská práva, mentální postižení, chráněné bydlení, práce s rizikem, samostatnost

## **Annotation**

Main subject of bachelor's thesis is issue of work with risk for people with mental disabilities. Theoretical part is devoted to characteristics and question of maturity of people with mental disabilities, describes evolution of approach to these people in society, reviews legislation concerning people with disabilities and addresses work with risk. Research part aims at satisfaction of clients of sheltered housing of progress in their independence during time spent in sheltered housing. It also investigates their awareness of risk and their ability to assess their own skills and limits and for this uses semi-structured interviews with client and their key workers in design of case studies.

**Keywords:** human rights, mental disability, sheltered housing, work with risk, autonomy

## Obsah

Úvod .....	7
1 Člověk s mentálním postižením .....	9
1.1 Charakteristika osob s mentálním postižením .....	9
1.2 Klasifikace lidí s mentálním postižením.....	10
1.3 Dospělost a lidé s mentálním postižením.....	12
1.4 Modely mentálního postižení – nedávná historie a současnost .....	14
1.4.1 Medicínský (limitační) model .....	15
1.4.2 Popisný model .....	15
1.4.3 Sociální model .....	16
1.4.4 Ekologický model.....	17
2 Práva lidí s mentálním postižením .....	19
2.1 Práva lidí s mentálním postižením v minulosti.....	19
2.2 Práva lidí s mentálním postižením v České republice .....	21
2.2.1 Občanský zákoník a institut omezení ve svéprávnosti .....	23
3 Riziko u osob s mentálním postižením.....	26
3.1 Vývoj přístupu pomáhajících profesí k riziku u lidí s mentálním postižením.....	26
3.2 Přínos a obtíže práce s rizikem s lidmi s mentálním postižením .....	27
3.3 Metody při práci s rizikem v sociálních službách.....	29
3.3.1 Identifikace rizik – mapování .....	29
3.3.2 Posouzení rizik .....	30
3.3.3 Návrh řešení.....	31
3.3.4 Vyhodnocení a revize rizik.....	32
4 Vlastní výzkum.....	33
4.1 Popis služby chráněného bydlení.....	33

4.2	Metodologie .....	34
4.2.1	Výzkumné otázky .....	34
4.2.2	Zvolená strategie výzkumu.....	35
4.2.3	Volba výzkumných technik .....	36
4.2.4	Etika výzkumu .....	36
4.2.5	Výběr vzorku .....	37
4.2.6	Příprava a vedení polostrukturovaných rozhovorů s klienty .....	37
4.2.7	Příprava a vedení polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky .	38
4.2.8	Krátké představení klientů a jejich klíčových pracovníků .....	38
4.3	Analýza a vyhodnocení rozhovorů .....	40
4.4	Shrnutí výsledků výzkumu .....	52
	Závěr .....	55
5	Seznam použitých zdrojů.....	57
6	Seznam tabulek.....	62
7	Seznam příloh .....	63

## Úvod

*„Každý z nás žije ve světě, který není bezpečný, klidný a předvídatelný a i lidé s mentálním postižením potřebují přijmout spravedlivý a rozumný podíl rizika.“* (Jay, 1979, s. 121)

S rizikem se všichni setkáváme denně, i když si to většinou příliš neuvědomujeme. Po dovršení dospělosti si běžně plánujeme svůj vlastní život, aniž by nám do našeho plánu někdo výrazně zasahoval. Aby se i lidé s mentálním postižením mohli plně a úspěšně zapojit do rozhodovacího procesu o svém vlastním životě, musí být schopni alespoň z části posoudit své schopnosti a svá omezení, rozeznat možná rizika a případné důsledky svých činů, a poté musí být schopni informovaného rozhodování. Výše uvedené schopnosti se všichni postupně učíme, a díky vlastním zkušenostem je v průběhu života rozvíjíme. Lidé s mentálním postižením k tomu však v minulosti neměli mnoho příležitostí. Navíc jim tento rozvoj většinou trvá déle z důvodu jejich narušených kognitivních schopností a potřebují k němu zvýšenou a především vhodnou podporu druhých lidí.

A právě na vhodnou, systematickou a profesionální práci s riziky by se měly zaměřit i pobytové sociální služby. Zvláště v době, kdy jsou v České republice již více než deset let trendem sociálních služeb procesy transformace a deinstitucionalizace, tedy obecně snaha přecházet od poskytování institucionální péče k péči komunitní, která se bude co nejvíce blížit běžnému životu. Všichni bychom měli mít možnost rozhodovat o svém životě (alespoň do určité míry), mít možnost dělat vlastní chyby a poučit se z nich a hlavně se co nejvíce vymanit z často zbytečné závislosti na druhých osobách.

Cílem výzkumné části této práce je tedy zjistit, jaký pohled na práci s riziky mají samotní lidé s mentálním postižením, konkrétně *jak jsou klienti chráněného bydlení spokojeni s pokroky ve své samostatnosti v rámci práce s rizikem za dobu využívání této sociální služby*. K tomuto účelu budou v designu případových studií použity polostrukturované rozhovory s klienty. Abychom se dozvěděli, jakou mají názory těchto klientů váhu, je třeba zjistit, jaké mají o riziku povědomí, a jak jsou schopni posoudit své vlastní schopnosti a limity. Z toho důvodu budou rozhovory s klienty srovnány



s polostrukturovanými rozhovory s jejich klíčovými pracovníky. Aby byl dodržen další záměr studie, tedy to, aby byla opravdu především z pohledu klientů, budou rozhovory s klíčovými pracovníky vedeny až dodatečně, a pouze z důvodu srovnání a případného doplnění a upřesnění informací.

Je třeba dodat, že typ sociální služby chráněné bydlení je zvolen záměrně, jelikož se jedná o poměrně nový typ pobytové služby, a tak je menší pravděpodobnost, že bude trpět obvyklými nešvary institucionalizace, jakými bývá přepečovávání, zbytečné omezování, dodržování jednotného režimu apod. Důvodem tohoto výběru je i skutečnost, že chráněné bydlení využívají spíše mladší klienti v produktivním věku, kteří žijí aktivním životem.

Teoretická část práce se bude věnovat oblastem souvisejícím s výzkumem, a to obecnou charakteristikou lidí s mentálním postižením a problematickou otázkou jejich dospělosti, vývojem přístupu společnosti k nim, legislativou týkající se lidí s postižením a problematikou práce s rizikem samotnou.

Toto téma jsem zvolila, jelikož pracuji v sociálních službách čtyři roky a z vlastní zkušenosti vím, že vyvážit tlak mezi uznáním autonomie lidí s mentálním postižením a zajištěním jejich dostatečné ochrany není vůbec jednoduché. Pracovníci v sociálních službách a opatrovníci často přebírají za klienty rozhodovací pravomoci, které jim nenáleží, a to navíc i v situacích, které by klienti zvládli sami. Někdy nejsou pracovníci v oblasti rizik dostatečně vyškoleni, takže si svého nevhodného přístupu nejsou ani vědomi. Mohlo by být tedy zajímavé zjistit, jak práci s riziky vnímají samotní klienti služby, která umožňuje skutečné přiblížení se běžnému životu.

Tato práce by měla přinést pohled na téma práce s rizikem od lidí s mentálním postižením samotných, většina studií je totiž zaměřena spíše na zkoumání rizika z pohledu pracovníků v sociálních službách (např. Campbell, McCue, 2012; Hawkins et al., 2011) či na výzkum rizika z pohledu všech zúčastněných – pracovníků sociálních služeb, příbuzných klientů a klientů, názorům klientů samotných však není přisuzována větší váha (např. Alaszewski, Alaszewski, 2002). Dále by práce měla zkoumané pobytové službě umožnit náhled, jak práci s riziky vnímají někteří její klienti.

# 1 Člověk s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením jsou stejně jako lidé bez postižení jedinečné osobnosti s různými vlastnostmi, kterými se od sebe odlišují. Přesto u nich můžeme rozeznávat určité společné charakteristiky, které nám podávají obraz o tom, jak mentální postižení zasahuje do celé osobnosti člověka a do jeho života. Níže uvedené společné charakteristiky nabývají různých podob v životě každého konkrétního člověka a závisí na hloubce postižení, jeho rozsahu, míře a rovnoměrnosti postižení psychických procesů jedince (především v oblasti vnímání, pozornosti, paměti, myšlení), na jeho věku a z velké části i na podnětnosti sociálního prostředí v jeho okolí.

## 1.1 Charakteristika osob s mentálním postižením

Mentální postižení se u lidí dle Švarcové (2006, s. 41) projevuje „*zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudku, sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a zejména logickou pamětí, těkavostí pozornosti, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulzivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování, citovou vzrušivostí, nedostatečným rozvojem volných vlastností sebereflexe, sugestibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji já, nerovnováhou aspirací a výkonů, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci, sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky*“. Některé z těchto charakteristik by však bylo možné přisuzovat dřívějšímu přístupu k lidem s mentálním postižením, jelikož se dají velmi ovlivnit právě již zmíněným vlivem sociálního prostředí a podmínkami, v kterých člověk vyrůstá.

Neexistuje jednotná definice mentálního postižení. Nejednotnost vyplývá ze zdůraznění některých hledisek a teoretických postojů autorů a také z vývoje přístupu k osobám s mentálním postižením. V současnosti se nejvíce užívá a trendu integrace asi nejvíce odpovídá definice Americké asociace pro mentální postižení (American Association on Mental Retardation – AAMR), která ji v roce 2002 aktualizovala

a vymezila ji jako proměnnou veličinu danou vztahem jedince a prostředí. Dle této definice je mentální postižení „*snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech*“ (Luckasson et al. 2002, s. 8). Americká asociace pro mentální postižení dále stanovuje pět předpokladů, aby mohla být definice aplikována:

- Snížení aktuálního fungování musí být posuzováno v souvislosti se společenským prostředím typickým pro daný věk a kulturu jedince.
- Bere se v úvahu kulturní a jazyková rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a chování.
- U každého jedince se vedle omezení vyskytují i silné stránky.
- Smyslem zjišťování limitů je vypracování systému potřebné podpory.
- S vhodnou individuální podporou dojde po určité době k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací (Petišková, 2007).

## **1.2 Klasifikace lidí s mentálním postižením**

Tato kapitola není uváděna z důvodu potřeby zařazení osob s mentálním postižením do tabulky například podle výše jejich inteligence. Důvodem je uvědomění si, že se jedná o velkou velmi heterogenní skupinu rozličných lidí s odlišnými potřebami. Označení „člověk s mentálním postižením“ v sobě zahrnuje jak osoby s lehkým postižením, které potřebují pouze lehkou formu podpory a jsou schopny fungovat velice samostatně, tak i osoby s velmi těžkým postižením, které se neobejdou bez každodenní podpory a často i fyzické pomoci. Díky tomuto zobecnění mohou snadno vzniknout nepřesnosti a také nedorozumění.

V současné době se Česká republika řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace, MKN-10 z roku 1992, která dělí mentální postižení do šesti základních kategorií podle hodnoty inteligenčního kvocientu (dále IQ):

- Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70).
- Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49 (F71).

- Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72).
- Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73).
- Jiná mentální retardace (F78).
- Nespecifikovaná mentální retardace (F79). (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – Desátá revize 1993)

Tato klasifikace je často kritizována, jelikož je založena na shrnutí úrovně rozumových schopností člověka pouze do jednoho čísla hodnoty IQ. Hodnotu IQ je tedy lepší brát jen jako orientační vodítko a rozhodující pro určení stupně postižení by měla být hlavně kvalita zvládání životních nároků jedince v jeho prostředí (Říčan, Krejčířová et al., 1997).

Tato práce bude zaměřena na osoby s lehkým či středně těžkým postižením, které službu chráněného bydlení využívají. Jen pro představu jsou dále uvedeny jejich přibližné společné charakteristiky.

*Lehké mentální postižení* je diagnostikováno přibližně u 80 – 85 % lidí s mentálním postižením. U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Lidé patřící do této skupiny obvykle dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně a dokáží se v dospělosti samostatně postarat o sebe i o domácnost. Vývoj těchto schopností je však mnohem pomalejší. Zásadní obtíže lze u lidí s lehkým mentálním postižením zaznamenat především při teoretické práci ve škole. Většinu lidí při horní hranici lehkého mentálního postižení je možné zaměstnat nekvalifikovanou nebo málo kvalifikovanou prací vyžadující spíše praktické než teoretické schopnosti. Lehké mentální postižení nemusí způsobovat v životě člověka závažnější obtíže (Švarcová, 2006).

*Středně těžké mentální postižení* je zjištěno asi u 10 % z celkového počtu lidí s mentálním postižením a u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let. Pro tuto skupinu je charakteristické výrazné opoždění rozvoje chápání a užívání řeči, omezena je rovněž soběstačnost a zručnost jedince. Při vhodném pedagogickém vedení jsou žáci, i za předpokladu limitovaných pokroků, schopni osvojit si základy trivia. Jako dospělí pak mohou vykonávat pečlivě strukturovanou manuální práci pod odborným dohledem. Zcela samostatný život je pro člověka s touto mírou postižení jen zřídka možný. Tito lidé jsou obvykle plně mobilní a schopní navázat kontakt se svým okolím. Většinou

jsou v rámci této skupiny patrné značné rozdíly v charakteru schopností. Někteří jedinci si snáze osvojí dovednosti senzorio-motorické, jiní zase lépe ovládají schopnosti sociální interakce a komunikace (Švarcová, 2006).

### **1.3 Dospělost a lidé s mentálním postižením**

Aby bylo možné uvažovat o otázce dospělosti u osob s mentálním postižením, je třeba dospělost jako takovou charakterizovat. Dospělost je dlouhé časové období v životě, které můžeme rozdělit na několik fází (mladší, střední, starší). Nás zajímají atributy, které jsou pro dospělost charakteristické a nějakým způsobem ji oddělují od dětství. Autoři se v definicích dospělosti různí, a to nejen z hlediska oboru, kterým se zabývají, ale hlavně z hlediska mezníků a událostí, které v tomto období považují za nejpodstatnější.

V České republice je člověk formálně dospělý ve chvíli dovršení věku 18 let. To většinou dopovídá definici Procházkové (2013), podle níž se dospělost pojí s dosažením právní způsobilosti, trestněprávní odpovědnosti a možnosti volit a být volen. Beneš (2003) považuje za mezník dospělosti ukončení vzdělání ve formálním vzdělávacím systému. Jiné definice vidí dospělost v získání zaměstnání (Coffield, 1987, podle Šišky 2010), a tím v ekonomické nezávislosti jedince. Erikson (podle Švancara, 1981) vymezuje dospělost vytvořením identity „já“ a okamžikem, kdy integrovaný a nezávislý jedinec stojí na vlastních nohou, bez emocionálních berlí druhých a bez odmítání své vlastní minulosti. Vágnerová (2007) spatřuje roli dospělého v nárůstu práv a zároveň i nárůstu povinností a zodpovědnosti a v touze po naplněném partnerském vztahu a založení rodiny.

Šiška (2005) tyto definice v podstatě spojuje tím, že vyjmenovává důležité faktory, které k dosažení statusu dospělosti přispívají nebo jí naopak brání: ukončení školní docházky, získání zaměstnání, odchod z domova rodičů, uzavření sňatku, založení rodiny, administrativní a právní faktory (dosažení zletilosti, trestní odpovědnosti, darování krve a orgánů, držení identifikačních průkazů), právo volit a být volen, získání sociálních dávek od státu, postoje personálu, postoj samotných dospívajících, diagnostická terminologie, předsudky a stereotypy společnosti.

Z uvedeného vyplývá, že definovat dospělost je velmi obtížné. Je zřejmé, že je až nadlidský úkol splňovat alespoň většinu uvedených charakteristik. Ještě problematičtější je však otázka dospělosti pro osoby s mentálním postižením, kterým tento status nebyl často přiznáván ani jejich nejbližšími.

Široká veřejnost dodnes přirovnává člověka s mentálním postižením k mladšímu dítěti a jako k dítěti se k němu také často chová. Tento postoj podporuje skutečnost, že lidé s mentálním postižením byli v minulosti většinou zbaveni svých kompetencí (dříve zbavení způsobilosti k právním úkonům, dnes omezení ve svéprávnosti), a nemohli tak sami rozhodovat o svém životě, k čemuž v menší míře dochází i dnes. Dětem s mentálním postižením bylo často upíráno právo na vzdělávání osvobozením od povinné školní docházky. Problémovou oblastí je dodnes zaměstnávání osob s mentálním postižením, a to nejen z hlediska získání a následného udržení si pracovního místa. Tréninkové pracovní programy nemívají návaznost na volný trh práce a zaměstnavatelé se obávají tyto osoby zaměstnávat, často pouze z důvodu nedostatku informací a zkušeností.

Emancipace lidí s mentálním postižením od původní rodiny často neproběhla, mnozí z nich strávili (a dodnes tráví) většinu svého života s rodiči. Pokud se dříve o takového člověka nestarali jeho rodiče, vyrůstal společensky vyloučen v ústavním zařízení společně s lidmi se stejným handicapem. Ústavy byly navíc mnohdy určeny pouze pro ženy či pouze pro muže, čímž byla potlačována partnerská a sexuální role jejich klientů. Dnes se situace lidí s mentálním postižením i přístup k nim nepochybně posunul k jejich větší samostatnosti, přesto na cestě k dospělosti naráží na mnoho úskalí a nedořešených překážek.

Nejen pro osoby s mentálním postižením je asi nejvhodnější definice dospělosti nebo spíše koncept sebeurčení podle Lečbycha (2008), která zároveň naznačuje, jak umožnit téměř komukoli dospět. Nevymezuje totiž dospělost na základě vnějších a jednoznačně určených znaků (např. dosažení určitého věku, ukončení školní docházky, získání zaměstnání), ale na základě vnitřní zralosti osobnosti, která je schopna jednat sebeurčujícím způsobem. O sebeurčení uvažuje jako o „*míře a způsobu*,

*kterým lidé ovládají a kontrolují své životy“ (Lečbych, 2008, s. 33). Za sebeurčující lze označit takové chování, které splňuje všechny čtyři následující charakteristiky:*

- Autonomie – člověk jedná samostatně, pokud je jeho chování vyjádřením jeho vlastních preferencí, zájmů a schopností a je nezávislé na nadměrném vnějším vlivu. Autonomie v sobě tedy skrývá schopnost učinit rozhodnutí vzhledem k tomu, co já osobně chci.
- Sebeovládání – schopnost regulovat vlastní chování, schopnost jednat tak, abychom dosáhli vytyčeného cíle, abychom učinili rozhodnutí.
- Psychologické zplnomocnění – člověk věří, že má kontrolu nad podmínkami, které jsou v jeho životě důležité, že má potřebné dovednosti k dosažení vytyčených cílů, a pokud se rozhodne daného cíle dosáhnout, očekává úspěch. V případě, že by člověk nevěřil v možnost úspěchu, nemá důvod aktivizovat své schopnosti.
- Seberealizace – člověk jedná seberealizujícím způsobem tehdy, když jedná na základě znalosti svých silných a slabých stránek, když přijal svá omezení a nedostatky a vhodně využívá svých schopností (Lečbych, 2008).

Ani tento koncept však nenaplní člověk s mentálním postižením snadno. Potřebuje mít přístup ke vzdělávání, rozvíjet sebe sama, získávat vlastní zkušenosti, chybovat a z chyb se poučit, mít příležitost a naučit se rozhodovat a hlavně poznat sám sebe, své možnosti i limity.

#### **1.4 Modely mentálního postižení – nedávná historie a současnost**

Abychom pochopili postavení člověka s mentálním postižením ve společnosti, je třeba si uvědomit, jak se přístup k těmto lidem vyvíjel a měnil. V současnosti můžeme najít několik modelů mentálního postižení, s kterými se v reálném životě můžeme setkat. Model jako takový představuje určité zjednodušení pozorované skutečnosti a slouží nám k jejímu pochopení, výkladu a orientaci v ní, a následně tak ovlivňuje i naše chování a přístup.

### 1.4.1 Medicínský (limitační) model

Nejstarší a také obecně nejrozšířenější model mentálního postižení se nazývá *medicínský* či *limitační*, někdy jej také najdeme pod názvem *deficitní*. Tento model má dlouhou tradici ve zdravotnictví a rozvíjel se již od počátku minulého století. Na postižení je v něm nazíráno z hlediska podprůměrné inteligence a nedostatečného adaptačního chování jedince. Například Říčan, Krejčířová a et al. (1997, s. 151) uvádějí, že „*mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí*“. Dříve byla tedy mentální retardace chápána jako deficit uvnitř jedince a jako jeho problém (Šiška, 2005). Z toho důvodu byly u takových osob zdůrazňovány především jejich nedostatky, omezení a zpomalení jejich vývoje vzhledem k normě určitého věku v oblasti intelektu a chování ke společnosti.

Postižení je zde tedy považováno za záležitost vysoké odbornosti a za tragédii pro daného jedince, tzv. pacienta. Lékař stanovuje diagnózu problému, předepisuje léčbu a výsledkem by měl být vyléčený pacient (Černá et al., 2008). Tento model vychází zejména z lékařsko-legislativních názorů na osoby s mentální retardací, které podle Dolejšího (1978) zdůrazňují péči, celoživotní společenskou nedostatečnost a závislost na druhých osobách.

Negativním důsledkem medicínského modelu je skutečnost, že se s lidmi s mentálním postižením společnost dlouhou dobu běžně nesetkávala, a tudíž mnoho lidí neví, jak se k nim a v jejich společnosti vlastně chovat. Nevědomost často svádí společnost k vnímání a hodnocení lidí s mentální retardací jako dětí, bez ohledu na jejich pokročilý věk a přirozené vývojové potřeby, které jsou ignorovány a dále, že popis omezení a nedostatků podporuje soustrastný, litující přístup, který vede až k jejich choulostivému opečovávání (Müller, Valenta, 2003).

### 1.4.2 Popisný model

Reakcí na předchozí přístup k osobám s mentálním postižením je model *popisný*. Ten se snaží předcházet negativním jevům, které vyplývají z používání diagnóz



k popisu člověka (tzv. „nálepkování“ – „labeling“), a to zejména stigmatizaci, budování předsudků a zjednodušenému vnímání člověka. Zároveň se snaží popsat, v čem se mentální postižení projevuje v běžném každodenním životě. „*Definice tohoto modelu nejsou jednotné, ale spojuje je snaha vidět na prvním místě člověka v kontextu běžného života a běžných činností*“ (Lečbych, 2006, s. 9). To se odráží i v terminologii a mentálně retardovaný člověk je nahrazen termínem člověk s mentální retardací, aby byl člověk jako lidská osoba na prvním místě a až potom jeho handicap, jako jedna z jeho mnoha charakteristik.

Výhoda tohoto modelu spočívá zejména v osvětové činnosti a boji proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentálním postižením. S ohledem na jeho nesystematičnost a tendenčnost je však v rámci integrace jeho využití mimo osvětovou činnost do značné míry omezené.

### **1.4.3 Sociální model**

V návaznosti na kritiku předešlých modelů se v sedmdesátých letech objevuje nový přístup, který popisuje Oliver (1996) jako *model sociální*. Postižení zde není chápáno jako samotný nedostatek zdraví a jako individuální záležitost jedince, ale je výsledkem bariér mezi člověkem a jeho okolím, ať už mají povahu fyzickou (např. špatná přístupnost budov) nebo sociální (např. odmítání ze strany společnosti). Pokud se tyto bariéry objeví, znemožňují člověku vykonávat činnosti běžného života. Postižení je tedy důsledkem strukturálních handicapujících vlivů ze strany společnosti, jejíž směr vývoje určuje schopnost, způsobilost, výkon a normalita, postižení je tedy přímo formou sociálního útlu (Oliver, 1996).

Také Pančocha (2013) shledává hlavní příčinu vzniku postižení ve společnosti samé, která vědomě či nevědomě opomíjí potřeby lidí s postižením, odmítá jejich začlenění a sociální participaci. Podle něj se tento přístup zaměřuje na systémové bariéry, negativní postoje majority a sociální vyloučení lidí s postižením.

Sociální model je založen především na rovných právech osob se zdravotním postižením, na principu sociálního začleňování a posílení ekonomické nezávislosti těchto osob. Vede k vytváření služeb, které identifikují a odstraňují sociální bariéry.

Vyžaduje, aby byly všechny části společenského systému vytvářeny pro všechny, nejen pro majoritu či specifické skupiny. Díky tomuto modelu se začalo formovat nové praktické a vědecké zaměření speciální pedagogiky – od segregovaného speciálního školství k inkluzivnímu vzdělávání.

Nicméně ani tento model není bez chyb a není všeobecně aplikovatelný. Je třeba vzít v úvahu, že se zaměřením na sociální příčiny postižení, je možné přehlížet zdravotní stav jako faktor ovlivňující vznik postižení, a může tak docházet k zanedbávání potřeb, které přímo souvisejí s fyzickým či psychickým stavem jedince (Pančocha, 2013). Obtížná uchopitelnost a aplikovatelnost tohoto modelu může mít také vážné dopady při určení, zda někdo je či není zdravotně postižený nebo jaký je stupeň či charakter jeho postižení.

#### **1.4.4 Ekologický model**

Z hlediska současného trendu integrace lidí s mentálním postižením do běžné společnosti se jako nejvhodnější model mentálního postižení jeví tzv. *ekologický model*, někdy uváděný i jako *model podpory*, který se odráží v pojetí mentálního postižení Americkou asociací pro mentální retardaci. Péči o základní lidské potřeby jedinců s mentálním postižením nahrazuje podpora realizace samostatného života s minimalizací závislosti na uspokojování potřeb druhými (Kozáková, 2005). Mentální postižení zde není chápáno jako absolutní charakteristika vymezená jednotlivcem, ale je dáno dynamickou interakcí mezi osobností jedince a charakterem prostředí, ve kterém se tento jedinec pohybuje.

Tento model odráží současné chápání multidimenzionality mentálního postižení a zprostředkující roli podpory v individuálním fungování. Jeho účelem je hlavně to, aby na výsledky diagnostiky a klasifikace mentálního postižení navazoval kompatibilní systém plánování individuální podpory. „*Jinými slovy, přidělení nálepky mentální retardace jedinci musí vést k vytvoření profilu potřebné podpory*“ (Šiška, 2005, s. 11). V roce 2004 byla Americkou asociací pro mentální retardaci vydána standardizovaná škála (Supports Intensity Scale), která měří právě míru podpory, kterou člověk potřebuje, aby mohl žít v běžném prostředí.

Hlavním předmětem úvah již tedy není, zda lidé s mentální retardací vzhledem ke svým možnostem a intelektu něco mohou a něco nemohou či zda na něco mají či nemají právo, ale za jakých podmínek a v jakém prostředí mohou své možnosti naplnit, jakou podporu jim k tomu musíme poskytnout a jak dlouho jim ji bude nutné poskytovat (Müller, Valenta, 2003).

Diagnostika mentální retardace může být tedy kromě měření inteligence a posuzování adaptivního chování obohacena ještě o měření a popsání potřebné míry podpory, která je pro sociální práci s lidmi s mentální retardací velmi dobře prakticky využitelná. Schopnosti a dovednosti lépe vykreslují způsob, jak se zapojit do běžného života, než omezení a to, co člověk nezvládne. Tento pozitivní přístup navíc zvyšuje sebevědomí člověka a daleko lépe ho motivuje a stimuluje k lepšímu výkonu.

## 2 Práva lidí s mentálním postižením

Lidem s mentálním postižením náleží stejná lidská práva jako všem ostatním lidským bytostem. Dnes už se nad touto větou mnoho lidí nepozastaví, dlouhou dobu však nebyla osobám s postižením práva formálně plně uznávána a často se musely spoléhat na dobročinnost. Přitom právě lidé s mentálním postižením jsou z hlediska možného porušování práv velmi rizikovou skupinou. Je to dáno povahou jejich postižení. Nejsou schopni pokaždé reálně vyhodnotit situaci a různým druhům porušování práv se sami zvládají jen obtížně bránit. Situaci zhoršují i jejich problémy v oblasti komunikace.

*„Lidská práva se obvykle charakterizují jako ta práva, která dovolují lidem rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat jejich materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pocítované potřeby lidí žít takový život, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti. Respektování lidských práv je základem spravedlivého uspořádání každé společnosti.“* (Švarcová, 2006, s. 16) Je třeba si uvědomit, že s tím zároveň souvisí i povinnost každého vyvarovat se jednání, které by zasahovalo do práv druhých.

### 2.1 Práva lidí s mentálním postižením v minulosti

Ve světě se začal zájem o práva osob s mentálním postižením rozvíjet po první světové válce. V 60. letech byla ustanovena *Evropská liga společností mentálně handicapovaných*, která si vytyčila za cíl hájit zájmy mentálně handicapovaných bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. V roce 1961 byla přijata *Evropská sociální charta*, která byla po dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, jež se výslovně zmiňovala o osobách s postižením jako o nositelích lidských práv (Švarcová, 2006).

O deset let později byla na Valném shromáždění Organizace spojených národů (dále OSN) v roce 1971 vyhlášena *Deklarace o právech mentálně postižených osob*, která specifikuje oblasti, ve kterých je třeba dbát zvýšené ochrany osob s mentálním postižením, aby nedocházelo k porušování jejich práv (Švarcová, 2006).

Ve stejné době také ve Švédsku začala působit skupina mladých lidí s mentálním postižením s cílem proklamovat své právo na sebeurčení, na možnost činit vlastní rozhodnutí a na větší míru nezávislosti. Tím byly položeny základy *hnutí sebeobhájců* z řad lidí s mentálním postižením (Černá et al., 2008).

V *Úmluvě o právech dítěte* přijaté roku 1989 OSN se handicapovaným věnuje hlavně článek č. 23, který se týká práv dítěte s postižením na slušný a důstojný život a jeho práva na integraci a vzdělání. Opomenuto není ani právo na podporu těm, kteří o takové dítě pečují (Flegl, 1998).

Valné shromáždění OSN v prosinci 1993 schválilo *Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Vyrovnáváním příležitostí je myšlen proces, jehož prostřednictvím jsou různé systémy společnosti zpřístupňovány osobám se zdravotním postižením. Tento dokument však není součástí mezinárodního práva, tudíž není pro státy závazný (Švarcová, 2006).

V září 1997 se v Praze konala konference K 97 s názvem *Lidská práva pro osoby s mentálním postižením* s cílem řešit na mezinárodní úrovni oblast práv těchto lidí v oblastech zdraví, bezpečnosti, sociálních jistot, výchovy a vzdělávání, zaměstnávání, rodinného života, vlastní volby apod. Mimo jiné zde bylo poukázáno na skutečnost, že na všechny lidi s mentálním handicapem nelze pohlížet stejně. Každý člověk s mentálním postižením potřebuje individuální míru podpory a asistence, jelikož potřeby lidí s tímto handicapem jsou velice rozdílné (Pipeková, 2006).

Asi nejvýznamnější celosvětovou událostí týkající se přístupu k osobám s postižením bylo přijetí *Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením* dne 13. prosince 2006. Cílem této úmluvy je odstranit existující překážky, které brání osobám se zdravotním postižením zapojit se do plnohodnotného života. Druhou významnou oblastí je právní úprava způsobilosti k právním úkonům a systému opatrovnictví, kdy pro státy vyvstává povinnost umožnit osobám se zdravotním postižením přístup k asistenci, kterou mohou potřebovat pro uplatnění své způsobilosti k právním úkonům, místo toho, aby byly způsobilosti zbavovány, jak bylo dříve běžné. Jakékoliv opatření, které má osobám s postižením v tomto směru pomoci, musí

respektovat práva a vůli těchto osob, být přiměřené a trvat jen po nezbytnou dobu (Liga lidských práv, online, cit. 2016-02-29).

## **2.2 Práva lidí s mentálním postižením v České republice**

Rozvoj lidských práv osob s postižením umožnily v České republice až společenské změny po roce 1989. *Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů* umožnil legalizovat mnoho občanských iniciativ a sdružení, které začaly aktivně pracovat na zrovnoprávnění osob s postižením a na jejich zapojení do běžného života.

V roce 1991 byl vládou ustaven *Vládní výbor pro zdravotně postižené občany*, jehož předsedou je premiér vlády. Cílem práce výboru je pomáhat při vytváření rovnoprávných příležitostí pro zdravotně postižené občany ve všech oblastech života společnosti. Prostřednictvím svých zástupců ve Výboru se na jeho činnosti podílejí sami občané se zdravotním postižením. Vládní výbor vypracoval několik národních plánů problematiky osob se zdravotním postižením, které reflektují např. oblasti, na kterých je třeba v jednotlivých ministerských rezortech zapracovat, aby se co nejvíce eliminovaly možnosti porušování práv občanů s postižením (Vláda ČR, online, cit. 2016-02-29).

Dne 1. 1. 1993 vešla v platnost *Listina základních práv a svobod* jako součást ústavního pořádku České republiky. Listina upravuje v šesti hlavách základní lidská práva a svobody, které se zaručují všem bez rozdílu. Její součástí jsou i specifická ustanovení pro občany se zdravotním postižením týkající se práva na pomoc při přípravě k povolání, zvýšenou ochranu zdraví při práci, zvláštní pracovní podmínky a zvláštní ochranu v pracovních vztazích (Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, online, cit. 2016-02-28).

V roce 1998 vznikla pod Společností pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice první *skupina sebeobhájců* u nás. Poukázala na nutnost zapojení lidí s mentálním postižením do plánování svého vlastního života a celkově do rozhodování o sobě (Šiška, 2005).

Dne 1. 1. 2007 vešel v platnost *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, který zmiňuje povinnost všech poskytovatelů sociálních služeb poskytovat pomoc svým

klientům při uplatňování práv a oprávněných zájmů. Oblast ochrany lidských práv v rámci sociální služeb se promítá také ve *Standardech kvality sociálních služeb*. Tento dokument je souborem kritérií, podle kterých se hodnotí kvalita sociálních služeb zaručená zákonem o sociálních službách. Jedním z kmenových standardů je právě ochrana práv uživatelů sociálních služeb (Čermáková, Holečková, 2008).

Dne 17. 6. 2009 byl schválen tzv. *antidiskriminační zákon č. 198/ 2009 Sb.*, který vymezuje právo každé fyzické osoby na rovné zacházení a zákaz diskriminace v oblasti práva na zaměstnání a přístupu k zaměstnání, podnikání a jiné samostatně výdělečné činnosti, členství v odborových organizacích, radách zaměstnanců nebo organizacích zaměstnavatelů, přístupu ke vzdělání, zdravotní péči, sociálnímu zabezpečení aj. (MPSV ČR, online, cit. 2016-02-28).

Důležitým mezinárodním pramenem lidských práv je také *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* (viz předešlá kapitola), která byla Českou republikou ratifikována v září 2009 a v únoru 2010 byla vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv.

Dne 25. května 2015 byl schválen již šestý *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*, tentokráte na období 2015 – 2020, jehož cílem je podporovat integraci lidí se zdravotním postižením. Svou strukturou navazuje na Úmluvu OSN. Kromě pokračování v již nastavených programech a činnostech (např. v odstraňování bariér veřejných budov, komunikací a dopravy, v podpoře organizací osob se zdravotním postižením, v uplatňování inkluzivního vzdělávání) obsahuje plán mnoho nových úkolů, jako zvyšování informovanosti o rizikových situacích a schopnosti sebeochrany lidí s postižením, přístupnost informací a veřejných služeb aj. Významnou oblastí je dále rovnost před zákonem a přístup ke spravedlnosti, kde se navržená opatření týkají zejména podpory zavádění podpůrných opatření při rozhodování pro osoby s omezenou svéprávností (Vláda ČR, online, cit. 2016-04-07).

V České republice existuje mnoho dalších zákonů a vyhlášek, které upravují práva osob s mentálním postižením jako např. zákoník práce, zákon o zaměstnanosti, zákony a vyhlášky o vzdělávání, zákon o důchodovém pojištění a mnoho dalších.

Současně největší změnu v oblasti svéprávnosti osob se zdravotním postižením přinesl nynější občanský zákoník, kterému je věnována další podkapitola.

### **2.2.1 Občanský zákoník a institut omezení ve svéprávnosti**

Velmi významné změny nejen pro osoby se zdravotním postižením přinesl *zákon č. 89/2012 Sb.*, občanský zákoník (dále jen OZ), který vstoupil v platnost dne 1. 1. 2014. Oproti tomu původnímu (*zákon č. 40/1964 Sb.*, občanský zákoník) požaduje, aby práva a povinnosti každého byly co nejvíce šetřeny a aby se vždy vycházelo primárně z potřeb daného člověka. Konkrétní člověk, způsob jeho omezení a jeho životní potřeby jsou tedy východiskem pro rozhodování. Úmluva dále obecně vyžaduje, aby jakékoli zásahy do práv člověka byly co nejméně invazivní (Prudíková et al., 2013).

Zásadní změnou OZ je nahrazení institutu „*zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům*“ institutem „*omezení svéprávnosti*“. Nová úprava připouští tedy jen omezení svéprávnosti, a to pouze tehdy, nepostačuje-li mírnější a méně omezující opatření.

Opatřeními, která může soud využít před tím, než člověka omezí v jeho svéprávnosti, jsou:

- *Nápomoc při rozhodování* - V určitých případech postačí, bude-li mít člověk stížený duševní poruchou, jež mu při rozhodování působí potíže, podpůrce, který bude jednat spolu s ním (nikoliv za něj) na základě smlouvy, aniž by musel být podporovaný člověk omezen na svéprávnosti. Podpůrců může být více. Záměrem tohoto institutu je tedy zajistit podporovanému dostatek prostoru pro vlastní vůli, vlastní právní jednání (§ 45 – 48 OZ).
- *Zastoupení členem domácnosti* - Člověk, který je stížen duševní poruchou, jež mu brání samostatně právně jednat, a který nemá jiného zástupce, si bude moci zvolit zástupce z řad členů jeho domácnosti. Za ty se považují potomci, předci, sourozenci, manžel nebo partner nebo osoba, která se zastoupeným žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň tři roky. Zastoupení členem domácnosti se vztahuje pouze na obvyklé záležitosti v životě zastoupeného, tj. především na záležitosti týkající se poskytování



zdravotních a sociálních služeb, žádostí o přiznání dávek pomoci v hmotné nouzi, státní sociální podpory a sociálního zabezpečení apod. Zástupce však nebude oprávněn udělit za zastoupeného souhlas k zásahu do duševní nebo tělesné integrity člověka s trvalými následky a bude mít také pouze omezenou možnost nakládat s majetkem zastoupeného (§ 49 - 54 OZ).

Taková mírnější opatření předchozí občanský zákoník nezohledňoval, počítal pouze s případy, kdy je člověka nutno omezit či zbavit způsobilosti k právním úkonům, nicméně mírnější formy postižení nechával bez ochrany.

Jestliže nebude možné využít některého z uvedených podpůrných opatření, pak může soud, je-li to v zájmu člověka, rozhodnout o *omezení jeho svéprávnosti*. Základním předpokladem vydání rozhodnutí o omezení svéprávnosti je, že musí být v zájmu člověka, jehož se rozhodnutí týká. Dalším kritériem je rozsah a stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti. Soud musí také danou osobu zhlédnout, nesmí tedy o omezení svéprávnosti rozhodnout jen na základě spisového materiálu, či znaleckého posudku, ale musí dotčenou osobu osobně vidět, či ji vyslechnout. Samozřejmostí je nutnost přistupovat ke každému posuzovanému individuálně, s reflexí jeho práv a osobní jedinečnosti. Nezbytností je zkoumat konkrétní způsob života jedince, tzn. jaká je jeho osobní a majetková situace. Až poté vyhodnotit, zda je nutné využít nejkrajnějšího institutu, tj. omezení svéprávnosti, či by k ochraně zájmu posuzované osoby postačovalo využití některého z mírnějších opatření (§ 55 OZ). Každý zásah do svéprávnosti člověka pak musí soud nejpozději každé tři roky přezkoumat, pokud tak nebude učiněno, omezení zanikne (§ 59 OZ).

Jak již bylo zmíněno, ode dne účinnosti OZ není možné člověka svéprávnosti zcela zbavit. Vždy mu musí zůstat alespoň právo na správu běžných záležitostí – běžný nákup, přepravu hromadnou dopravou atd. Rozsah omezení svéprávnosti musí být stanoven v rozhodnutí soudu, a to taxativně. Bude se tak zpravidla jednat o omezení částky, s níž může člověk nakládat, o rozhodnutí, zda je osoba schopna dohlédnout důsledků spojených s případným dědictvím, a dále o mnoho různých úkonů spojených s rodinným životem (Prudíková et al., 2013).

Současným občanským zákoníkem tedy zanikl institut zbavení člověka způsobilosti k právním úkonům, který byl velice problematický. V jeho důsledku bylo člověku zamezeno v podstatě jakkoliv právně jednat (např. koupit si noviny) a chyběla zde některá konkrétní pravidla. Navíc bylo jeho užívání v praxi velice časté, ač představovalo obrovský zásah do osobnostní integrity člověka. Nynější OZ převrací koncepci tohoto institutu tak, že by měl být využíván po zralé úvaze, tedy pouze tam, kde je to skutečně nezbytné krajní řešení. Jak tento princip bude fungovat doopravdy, ukáže až čas.

OZ přinesl i jiné změny v oblasti sociálních služeb týkající se např. opatrovnictví.

### 3 Riziko u osob s mentálním postižením

Riziko je nedílnou součástí života každého z nás. Téměř vše, co má v našem životě cenu, bývá s nějakým rizikem spojeno. Alaszewski (1998, s. 22) definuje riziko jako „*možnost, že daný postup nedosáhne původně zamýšleného a žádoucího výsledku a místo něj se vyvine nějaká nečekaná a nežádoucí situace*“. Slovník riziko definuje jako hrozbu, která může vést k vysoké míře pravděpodobnosti nezdaru nebo ztrátě (Hartl, Hartlová, 2009). Na první pohled je tedy riziko vnímáno většinou negativně. Po dalším zamyšlení lze ale riziko chápat i jako zdroj nenahraditelných přínosů pro život. Možnost setkat se s rizikovou situací často paradoxně přispívá k našemu většímu bezpečí. Vlastní zkušenost a její opakování vede k částečnému nebo plnému zvládnutí situace, a tím i ke snížení míry rizika (Sobek et al., 2010).

Pravdou je, že lidé s mentálním postižením mohou být v rizikových situacích více ohroženi, protože mívají problém s racionálním posouzením rizika z důvodu narušených kognitivních schopností. Někdy pro ně bývá problémem rizikové situace rozeznat, správně je vyhodnotit a reálně odhadnout svoje možnosti a schopnosti. Vyšší ohroženost v takových situacích ale často nezpůsobuje jen mentální postižení jako takové, minimálně stejný podíl mívá nevhodný přístup okolí, důsledky institucionalizace a omezené příležitosti k učení se ze svých vlastních zkušeností. Potřeba spoléhat se na ostatní ve svém každodenním životě lidí s mentálním postižením postavila do velmi zranitelné pozice: jsou daleko více vystaveni využívání lidmi, kteří mají kontrolu nad jejich životy - zejména tedy rodiči, zákonnými zástupci, jejich poradci a samozřejmě i zaměstnanci sociálních služeb (Sellars, 2006).

V České republice bohužel převažuje tendence zasahovat do rozhodování lidí s mentálním postižením i v situacích, které nejsou zvýšeně rizikové a které by s velkou pravděpodobností uměli vyhodnotit a bezpečně zvládnout sami (Sobek et al., 2010).

#### 3.1 Vývoj přístupu pomáhajících profesí k riziku u lidí s mentálním postižením

Přístup lidí vykonávající pomáhající profese k práci s rizikem se za posledních čtyřicet let velmi proměnil, stejně jako jejich celkový postoj k lidem s mentálním

postižením. V pojetí medicínského modelu byli uživatelé služeb nadměrně ochraňováni a riziko bylo z jejich života téměř vyloučeno. Každé setkání uživatele s rizikem bylo v podstatě vnímáno jako chyba a selhání sociální služby.

Změna přístupu přišla spolu s trendem začlenění lidí nejen s mentálním postižením do společnosti. Podle O'Briana (1989) existuje pět podmínek či znaků, podle kterých poznáme skutečné sociální začlenění:

- Být začleněn v komunitě, vyskytovat se na běžných místech.
- Mít možnost volby a kontroly nad vlastním životem.
- Zastávat hodnotné a důstojné sociální role.
- Mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy.
- Učit se a růst, získávat více vlastních kompetencí.

Každý z uvedených znaků je nějakým způsobem spjat s riziky. Člověk s postižením se v běžném prostředí setkává s různými situacemi, které s sebou nesou určitá rizika. Otázka vlastního rozhodování a možnost volby je zásadní pro osobní růst jedince, nese s sebou však i riziko špatného rozhodnutí a následně přijetí zodpovědnosti za své případné chyby.

Rozvinuté demokratické země dnes tedy prosazují angažovanost člověka s postižením v jeho právu rozhodovat o poskytovaných službách, a tím aktivně utvářet svoji budoucnost. Klient má právo vyjádřit svůj vlastní názor a svobodně a informovaně se rozhodovat. Zároveň se objevuje termín „právo na riziko“, který znamená, že člověk s postižením má právo žít normální život i s riziky, která ho provázejí. Poskytovatel služby by tedy neměl člověka omezovat, ale rozpoznávat rizika a poskytnout uživateli takovou míru podpory, aby byl schopen je bezpečně zvládnout. Účast klientů na koncipování a kontrole služeb je ve vyspělých zemích světa dnes již obsažena v legislativě (Šiška, 2005).

### **3.2 Přínos a obtíže práce s rizikem s lidmi s mentálním postižením**

První, co většinu lidí v souvislosti s rizikem a osobami s mentálním postižením napadne, bývá představa nějakého ohrožení (například úraz, nemoc, zranění, ztráta, nehoda apod.), a proto z něj mají obavu. Přitom pokud člověk s mentálním postižením

nemá možnost učit se nové věci, zažívat nové zkušenosti a situace, které běžný život přináší, vliv jeho postižení se prohlubuje (Sobek et al., 2010). Nadměrným ochraňováním před všemi rizikovými situacemi můžeme člověka s postižením omezovat, zneschopňovat a bránit v jeho rozvoji. Naopak zažívání přiměřených rizikových situací s dostatečnou mírou podpory může být důležitým stimulem pro jeho rozvoj.

Zvládnutí rizikové situace dává každému příležitost zažít úspěch a s ním spojenou radost. Čím více věcí člověk zvládá, tím má vyšší sebevědomí a zároveň získává odvalu zkoušet další nové věci. Zvládání rizik tedy vede k posílení sebedůvěry a zároveň k menší závislosti na druhých osobách. Tím je navíc člověku dán prostor k zažívání nových sociálních rolí, a tudíž i k vyšší míře sociálního začlenění (Sobek et al., 2010).

Dalším nesporným přínosem práce s rizikem je zkvalitnění vztahu s člověkem s mentálním postižením. Tím, že mu poskytneme možnost se rozhodnout a něco zkusit, mu dáváme najevo důvěru v něj a v jeho schopnosti, čímž budujeme vzájemnou důvěru a rovnocenný partnerský vztah.

Obtíže v práci s rizikem může někdo spatřovat v nutnosti překonání obav všech zúčastněných osob. Zpočátku stojí práce s rizikem také jistě více úsilí, trpělivosti a přemýšlení, než se rizikové situaci jednoduše vyhnout. To platí ale jen z krátkodobého hlediska, dlouhodobě potřeba podpory rodiny a pomáhajících postupně klesá. Naopak se zvyšuje pocit jistoty a bezpečí pro všechny - klienta, pracovníky přímé péče, případně rodiče. Zapojení lidí s postižením do procesu práce s rizikem zvyšuje jejich schopnost zhodnotit pravděpodobné důsledky jejich činů a s nimi spojené riziko, a učinit tak informovanou volbu (Kilcommons et al., 2012). Zapojení klienta do rozhodování umožňuje pracovníkovi v sociálních službách lépe uspokojovat potřeby klienta, a přispívat tak k jeho přeměně z pasivního příjemce služeb v aktivního občana (Atkinson, Williams, 1990).

Další možnou nesnáz lze vidět v tom, že pokud chceme lidem s mentálním postižením přiznat větší možnost volby a vyšší rozsah práv a svobod, musíme jim také umožnit nést větší míru odpovědnosti. Rozhodnutí lidí s sebou mohou nést právní,

morální a sociální důsledky. Právo předpokládá, že dospělí lidé, a to i lidé s mentálním postižením, jsou zodpovědní za sebe a své jednání. Proto např. Tindall (1997) tvrdí, že posun směrem ke zplnomocnění osob s mentálním postižením vyžaduje právě efektivní strategie pro práci s riziky.

Pokud navíc poskytovatel sociální služby s rizikem správně pracuje, nese to nesporné výhody i pro něj. Služba se stává kvalitnější, lépe zaměřená na individuální potřeby uživatelů, zaručuje jim lepší uplatňování práv a zároveň má zajištěnou průkaznost nezanedbávání uživatelů.

Dobrá sociální služba se tedy vyznačuje snahou vyvážit míru svobody uživatelů na jedné straně a míru přiměřeného rizika na straně druhé. Lidé v pomáhajících profesích musí uvážlivě vybalancovat své jednání, aby dosáhli rovnováhy mezi poskytnutím možnosti volby, s ní spojeným rizikem a zároveň zajistili povinnou péči (Kilcommons et al., 2012). Posilování práv a svobod uživatelů s sebou vždy nese určité riziko. Úkolem poskytovatele není toto riziko odstranit, ale naučit se s ním pracovat. Každý člověk dělá chyby, díky kterým se učí a získává zkušenosti. Pokud bychom chtěli riziko ze života odstranit, vedlo by to k velkému omezování. Přiměřené riziko je v životě přijatelné, a to platí i pro lidi s mentálním postižením (Sobek et al., 2010).

### **3.3 Metody při práci s rizikem v sociálních službách**

Tato část je věnována metodám, které jsou v sociálních službách při práci s rizikem běžně využívány. Práce s rizikem je obvykle součástí individuálního plánování klienta a je dělena do několika kroků. Autoři zabývající se tímto tématem (Sobek, Sellars) se v jejich počtu rozcházejí, jejich myšlenkové postupy se však jinak v zásadě příliš neliší.

#### **3.3.1 Identifikace rizik – mapování**

Každý uživatel je individualita, a proto každému hrozí rizika v jiných oblastech. Je tedy důležité uživatele dobře poznat. Mapování samotných rizikových situací může probíhat buď systematickým zkoumáním jednotlivých oblastí každodenního života uživatele, nebo je možné rizikové situace řešit až ve chvíli, kdy jsou za rizikové označeny pracovníky či uživatelem samotným (Sobek et al., 2010).

Dle Sobka et al. (2010) jsou nejčastější rizikové oblasti v pobytové službě následující:

- samostatný pohyb (bez doprovodu, přecházení silnice, využívání MHD apod.)
- rizika v domácnosti (manipulace se spotřebiči, hygiena, zabezpečení bytu)
- pracovní a volnočasové aktivity
- zdravotní rizika (užívání léků, rozpoznání zdravotního stavu, kouření)
- oblast sexuality a partnerských vztahů
- problémové chování a sebepoškozování
- finanční rizika (zneužití, hospodaření s penězi)
- rizika hrozící ze strany personálu (zneužití, zanedbávání, omezování práv).

### 3.3.2 Posouzení rizik

Nalézt vyvážený přístup k vnímání rizika je poměrně obtížné. Někdo je více úzkostný a má sklon v rizicích vidět spíše hrozbu a nebezpečí. Jiní zase více riskují, a tím by mohli uživatele naopak ohrozit. Vždy je třeba co nejvíce eliminovat tato subjektivní zkreslení a docílit maximálně objektivního posouzení situace. K tomu může určitě přispět práce v týmu, na posuzování rizik by se mělo podílet více lidí a v neposlední řadě samozřejmě uživatel sám.

Zaměstnancům by také mělo být v této oblasti poskytnuto vzdělání, aby zvýšili své povědomí i povědomí klientů o účelu práce s rizikem, a posílili je tak v informovaném rozhodování.

Dále může být obtížím s objektivitou zamezeno hodnocením na základě předem ujasněných podmínek a pravidel. Podle Sobka et al. (2010) jsou pro stanovení závažnosti rizika zásadní dvě kritéria, a to *pravděpodobnost jeho naplnění* a *hrozící následky*. K tomu je třeba přihlížet k dalším aspektům – komu riziko hrozí, jaký je přínos dané situace pro uživatele, a jestli si je uživatel vědom rizika s jeho následky. Dle uvedených kritérií pak lze rizika rozdělit na tři stupně:

- *Přiměřené a přijatelné riziko* – Riziko, které hrozí uživateli, není vyšší, než v podobné situaci hrozí běžnému občanovi. Uživatel je schopen situaci sám

posoudit a bezpečně zvládnout vlastními silami. Má se situací své zkušenosti a již tuto situaci opakovaně a bezpečně zvládl. Nebezpečí, kterému je uživatel vystaven, není velké. Je dokumentováno v individuálním plánování.

- *Zvýšené riziko* – Riziko je v dané situaci vyšší než u běžného občana, ale není pro uživatele fatálně ohrožující. Toto je oblast, kde je možné uplatňovat různé nácviky a podobné techniky, které vedou ke snížení rizika na přijatelnou míru. Rizika můžeme samozřejmě snižovat i za pomoci nejrůznějších technických a ochranných pomůcek. V této oblasti nese svůj díl zodpovědnosti uživatel i poskytovatel. Snažíme se společně hledat řešení a vyjednávat o způsobu zvládnutí situace. Je dokumentováno v plánu rizik.
- *Nepřijatelné riziko* – Uživatel je nebo může být vážně ohrožen, s poměrně velkou pravděpodobností mu hrozí závažný úraz nebo jiná škoda. Uživatel není schopen situaci posoudit a bezpečně zvládnout sám. V takové situaci musí poskytovatel dočasně přebrat kontrolu nad situací a musí jednat tak, aby chránil život a zdraví uživatele (Sobek et al., 2010).

### 3.3.3 Návrh řešení

S rizikem pracujeme dle toho, jakému stupni rizika je uživatel vystaven. Do situací, které představují nepřijatelné riziko, by se uživatel neměl vůbec dostávat. Úkolem lidí v pomáhajících profesích je uživatele před takovým rizikem chránit, případně takovou situaci urychleně opustit. Následovat by mělo vysvětlení důvodu uživateli, zdokumentování situace a probrání dalšího postupu v týmu.

Přiměřené riziko je přijatelné, jeho zvládnutí je v silách uživatele a je tedy třeba jej akceptovat. V sociálních službách mu bývá věnováno nejméně pozornosti.

Nejvíce aktivní práce je věnováno právě zvýšenému riziku, kdy jeho řešením bývá hledání kombinace několika dílčích kroků, které by měly vést k jeho snížení. U identifikace takového rizika bývá s uživatelem obvykle vytvořen tzv. *rizikový plán*. Ten by měl obsahovat popis rizikové situace a definovat nebezpečí, které uživateli hrozí. Dále je třeba uvést, zda si je uživatel vědom možných následků a také předpokládaný přínos pro uživatele. Následně by měly být sepsány jednotlivé kroky,



které povedou ke snížení rizika, jehož součástí bývá většinou i plán nácviku konkrétní situace s uživatelem. Je třeba neopomenout uvedení osob, které se na plánu podílely, datum, kdy plán vznikl a také předpokládané datum následné revize (Sobek et al., 2010).

Je třeba dodat, že rizikový plán by neměl být pouze administrativní záležitostí, ale plánem, s kterým se průběžně pracuje. Jeho účelem je smysluplně se zamyslet nad konkrétním rizikem a sjednotit a systematicky vytyčit postup týmu zaměstnanců a uživatele. Jedná se také o příležitost s uživatelem situaci podrobně probrat a nastavit plán další spolupráce. Důležité je komunikovat efektivně s uživateli o plánu rizik, nezbytná je zpětná vazba (Kilcommons et al., 2012). Rizikový plán je vypracován vždy pro konkrétního uživatele na základě individuálního přístupu.

### **3.3.4 Vyhodnocení a revize rizik**

Rizikovým plánem a následným nácvikem ale práce na riziku nekončí, je nutné rizika pravidelně po určité době přehodnocovat. Tuto skutečnost potvrzuje také Sellars (2006), která tvrdí, že práce s riziky není jednorázovou záležitostí, protože rizika se neustále mění.

Dle Saunderse (1998) se mohou změnit vnitřní faktory člověka: jeho dušení stav, schopnosti a dovednosti, předchozí zkušenosti, osobnost, fyzický stav, zdraví či vnější faktory: poloha a podmínky bydlení, vztahy, doprava, postoje okolí, finanční zdroje a přístup k telefonu.

Vyhodnocení a revize rizik je přirozenou součástí plánu zvládání rizik. S její pomocí dochází k ucelení a propojení procesu práce s riziky, zajišťuje flexibilitu, poukazuje na systematickosti, logickou návaznost při této aktivitě a hlavně poskytuje zpětnou vazbu.

## **4 Vlastní výzkum**

Následující kapitola přináší výsledky výzkumu zaměřeného na otázku, jak jsou klienti chráněného bydlení spokojeni s pokroky ve své samostatnosti v rámci práce s riziky za dobu využívání služby chráněného bydlení. Zároveň sleduje, jaké mají klienti o riziku povědomí a jak jsou schopni posoudit své vlastní schopnosti a limity.

### **4.1 Popis služby chráněného bydlení**

Z důvodu zajištění anonymity klientů není v práci uveden název chráněného bydlení, ve kterém byl výzkum prováděn.

Služba chráněného bydlení, kde se výzkum uskutečnil, se nachází v Praze. Její cílovou skupinou jsou dospělé osoby s mentálním postižením ve věkovém rozmezí mezi 19 a 64 lety, a to muži i ženy. Ubytování je poskytováno ve třech pražských lokalitách, celkem v devíti bytech po dvou až třech lůžkách. Kapacita chráněného bydlení je 27 klientů a je v současné době téměř naplněna. Vzhledem k poloze bytů nejsou klienti nijak izolováni a v poměrně blízkém okolí jsou dostupné všechny potřebné veřejné služby.

Jedním z hlavních cílů této sociální pobytové služby je pomoci klientům integrovat se do společnosti a přiblížit se v maximální možné míře zcela běžnému životu. S tím souvisí také podpora a zvyšování autonomie klientů. Z toho důvodu se služba snaží přednostně pomoci klientům s vyhledáním pro ně vhodného zaměstnání, nejlépe na volném trhu práce a následně s jeho udržením. Chráněné bydlení zprostředkovává ale i různé tréninkové programy a zaměstnávání na chráněných pracovních místech. Prostřednictvím asistentů poskytuje individuální formy podpory klientům v jejich běžných denních činnostech. Podporuje také rozvoj jejich zájmových činností, stávající klienti navštěvují například fotografický kroužek, kurz anglického jazyka, kurz bubnů, jezdí na kole apod.

Přímá podpora klientů probíhá v rámci asistence pracovníků v sociálních službách na jednotlivých lokalitách. Ráno poskytují asistenti v noční službě podporu klientům především v přípravě a odchodu do zaměstnání. Dopoledne jsou klienti

v zaměstnání a asistenti pokračují v podpoře v rámci odpoledních služeb, kdy některým klientům pomohou dopravit se ze zaměstnání a dále jim poskytují asistenci ve věcech, o které klienti požádají (nakupování, procházky, vaření, docházení na zájmové činnosti apod.). Večer je klientům na každé lokalitě k dispozici jeden pracovník sloužící noční službu.

Každý klient chráněného bydlení má svého klíčového pracovníka, který je zároveň trochu jeho důvěrníkem a mimo jiné dohlíží na dodržování jeho práv a zájmů. Pomáhá klientovi s tvorbou vlastního individuálního plánu a s jeho naplňováním. Klíčový pracovník se také podílí na zpracování rizikových plánů a dbá na jejich aktualizaci. Přibližně jednou za měsíc má klient s tímto pracovníkem vyhrazen tzv. klientský den, kdy společně jedou na výlet nebo se věnují jiné činnosti, kterou si klient vybere či kterou společně vymyslí, součástí tohoto dne bývá i společné individuální plánování.

Chráněné bydlení organizuje a zprostředkovává mnoho kulturních akcí a výletů, kterých mají klienti možnost se účastnit a pozvat tam i své přátele. Každoročně zajišťuje klientům dovolenou v České republice i v zahraničí a také spolupracuje s mnoha jinými organizacemi, aby měli klienti možnost co největší integrace a zapojení se do běžného života. Spolupracuje i s rodiči klientů, jejich zákonnými zástupci, opatrovníky a sponzory na zkvalitňování života obyvatel chráněného bydlení.

## **4.2 Metodologie**

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce v chráněném bydlení je zjistit, jak jsou klienti spokojeni s pokroky ohledně své vlastní samostatnosti v rámci práce s riziky. Dalším cílem je odhalit, jaké povědomí o riziku mají, zda pracují skutečně na tom, co si sami zvolili a způsoby, které jim vyhovují. Součástí výzkumu je snaha zjistit, jak moc jsou schopni posoudit své vlastní schopnosti a možnosti ohledně své samostatnosti.

### **4.2.1 Výzkumné otázky**

K nastíněným cílům výzkumu by měly vést odpovědi na stanovené výzkumné otázky:

- *Jaké mají klienti povědomí o tom, co je to „riziko“?*
  - Co si klienti pod pojmem „riziko“ představují?
  - Které oblasti jsou pro ně rizikové?
    - a) z pohledu klientů samotných
    - b) z pohledu jejich klíčových pracovníků
  - Jak jsou klienti poučeni o konkrétních rizicích?
- *Jak jsou klienti spokojeni s prací na svých rizicích v chráněném bydlení?*
  - Jakými způsoby na rizicích s asistenty pracují?
  - Plní služba opravdu jejich přání?
  - Jak jsou spokojeni s přístupem asistentů a klíčových pracovníků?
  - Tlačili je někdy asistenti do něčeho, co sami nechtěli?
- *Jak se za dobu využívání služby chráněného bydlení zvýšila jejich samostatnost, tzn., jak se podařilo snížit jejich rizika?*
  - Mají klienti pocit, že se za dobu využívání služby stali samostatnější?
  - V jakých oblastech došlo k zlepšení jejich samostatnosti?
    - a) podle klientů
    - b) podle klíčových pracovníků
  - Čeho by v rámci své samostatnosti chtěli ještě dosáhnout?
- *Jak moc jsou klienti schopni posouzení svých schopností a sebereflexe?*
  - Jak se shodují a rozcházejí výpovědi klientů a jejich klíčových pracovníků?

#### **4.2.2 Zvolená strategie výzkumu**

Vzhledem ke stanoveným cílům byl zvolen kvalitativní typ výzkumu, lépe totiž vyhovuje jejich potřebám a zároveň disponuje širokou škálou metodik a technik, kterými se dá zvolená problematika zkoumat. Zásadními vlastnostmi tohoto přístupu jsou jeho jedinečnost a neopakovatelnost. Jeho prostřednictvím lze získat značné množství dat, a to v přirozeném prostředí zkoumaného jevu. Plán kvalitativního výzkumu má pružný charakter, tudíž se postupně rozvíjí a přizpůsobuje dle okolností

a dosud získaných výsledků. Nevýhodou však je, že závěry kvalitativního výzkumu je obtížné, mnohdy až nemožné zobecnit na širší vzorek (Hendl, 2005).

Jako design výzkumu byla použita případová studie, která umožňuje hlubší vhled do případů. Případové studie jsou nejvýhodnější strategií, když nás zajímají otázky typu „proč“ a „jak“, přičemž nemáme vliv na průběh událostí a zaměřujeme se na přítomný jev v rámci jeho reálných kontextů. V případové studii jde o detailní studium jednoho či několika málo případů (Hendl, 2005). Stake (1995) definuje případovou studii jako „*úsilí o porozumění určitému sociálnímu objektu v jeho jedinečnosti a komplexitě*“.

#### **4.2.3 Volba výzkumných technik**

V rámci designu případové studie byla zvolena technika *polostrukturovaného rozhovoru*. Rozhovor patří k nejvhodnějším technikám získávání kvalitativních dat. Lze pomocí něj zkoumat členy určitého prostředí nebo sociální skupiny za účelem získat stejné pochopení jednání a událostí, kterým disponují členové této skupiny (Švaříček, Šedřová, 2007).

K získání náhledu na to, jak práci s rizikem hodnotí samotní klienti chráněného bydlení, byla použita *metoda polostrukturovaného rozhovoru* převážně s otevřenými otázkami se třemi klienty chráněného bydlení. Důvodem pro zvolení tohoto typu sběru dat byla možnost navázání kontaktu a příležitost lépe pochopit a porozumět klientům, zjistit jejich postoje a názory.

K doplnění informací a k možnosti srovnání různých pohledů na danou tematiku byla použita *metoda polostrukturovaného rozhovoru* opět převážně s otevřenými otázkami, tentokrát s třemi klíčovými pracovníky dotazovaných klientů.

#### **4.2.4 Etika výzkumu**

Etiku výzkumu je důležité promýšlet už na samém začátku přípravy výzkumu. Vzhledem k nevelké kapacitě chráněného bydlení není v práci uveden jeho název, aby byla klientům opravdu zaručena anonymita.

Všichni klienti i pracovníci chráněného bydlení se rozhovorů zúčastnili zcela dobrovolně. Klientům i pracovníkům byl před rozhovorem srozumitelně vysvětlen jeho

účel, byli ujištěni o své anonymitě, upozorněni na možnost přerušení či ukončení rozhovoru kdykoli v jeho průběhu a na možnost přečtení si přepisu rozhovoru a jeho následné upravení před jeho publikováním, viz Příloha 1: Informovaný souhlas. Také byli srozuměni s tím, že rozhovor bude nahráván na mobilní telefon. Je třeba dodat, že všechny klienty i většinu pracovníků autorka již znala z různých kulturních akcí, proto se v některých rozhovorech vyskytuje tykání.

Rozhovory probíhaly dle výběru klientů či asistentů v kavárně či v kanceláři chráněného bydlení, kde to především klienti znají a cítí se zde bezpečně.

#### **4.2.5 Výběr vzorku**

Výběr konkrétního chráněného bydlení byl snadný, tuto sociální službu totiž autorka poměrně dobře zná a s jejími pracovníky je v pravidelném kontaktu. Nebyl tedy velký problém se na výzkumu domluvit.

Pro rozhovory byl za pomoci vedoucí chráněného bydlení proveden záměrný stratifikovaný výběr výzkumného vzorku klientů, který byl realizován na základě autorčiných dosavadních úsudků a možností. Vzhledem k rozsahu práce a možnosti porovnání byli vybráni tři klienti. Dopředu zvolenými kritérii byly:

- doba využívání této pobytové služby alespoň tři roky
- dobrá komunikační schopnost, sdílnost
- zastoupení obou pohlaví
- různí klíčoví pracovníci.

#### **4.2.6 Příprava a vedení polostrukturovaných rozhovorů s klienty**

Zvolené otázky byly vybrány úmyslně, za účelem zjistit již výše zmíněné výzkumné cíle. Vztahovaly se zejména k názorům, pocitům a k vnímání dotazovaných osob.

Otázky rozhovoru byly připravené dopředu, byly však operativně přizpůsobovány schopnostem jednotlivých klientů. Podle vývoje rozhovoru bylo měněno jejich pořadí, byly upravovány dle kontextu a někdy byly doplněny otázkami nepřipravenými. Při formulacích otázek bylo dbáno na jejich jednoduchost, srozumitelnost, kladeny byly především otázky otevřené. Pro ověření toho, zda otázky

klient dobře porozuměl, byly dotazy kladeny více způsoby a také byla někdy odpověď shrnuta s následným dotazem, zda byla odpověď pochopena správně. Byl dáván pozor na neverbální projevy autorky, aby neovlivňovaly odpovědi klientů a nebylo jim nic podsouváno. V rozhovorech nebyly záměrně používány komplikované slovní obraty, ale hovorová čeština, aby se klienti cítili přirozeně.

Rozhovory byly přepsány do písemné podoby, k jednotlivým rozhovorům byly doplněny poznámky (především o neverbálním projevu účastníků), také z nich byla vymazána jména klientů i asistentů z důvodů anonymity. Jako příklad je přiložena doslovná transkripce rozhovoru s klientkou C, viz Příloha 3.

#### **4.2.7 Příprava a vedení polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky**

Účelem rozhovorů s klíčovými pracovníky již dříve dotazovaných klientů bylo doplnění informací o práci s rizikem na chráněném bydlení a možnost srovnání jejich názorů s názory klientů ohledně společné práce s rizikem.

Rozhovory byly vedeny na stejném principu jako rozhovory s klienty s tím rozdílem, že probíhaly až po nich, takže byly trochu upraveny dle předešlých výpovědí klientů, aby byly zodpovězeny některé sporné otázky a nejasná místa.

Rozhovory byly následně převedeny do písemné podoby, a také z nich byla vymazána jména klientů a asistentů z důvodů anonymity. Jako příklad je uvedena doslovná transkripce rozhovoru s bývalou klíčovou pracovnící klientky C, viz Příloha 4.

#### **4.2.8 Krátké představení klientů a jejich klíčových pracovníků**

Pro přehled a představu je uvedeno krátké představení klientů a jejich klíčových pracovníků, se kterými byly rozhovory vedeny. K tomuto účelu nebyla zkoumána žádná dokumentace, byly použity údaje z rozhovorů samotných a klíčoví pracovníci poté doplnili několik údajů a upřesnily drobné nejasnosti.

##### **Klient A**

Klient A je muž, kterému je 41 let. Službu chráněné bydlení využívá od 9. dubna 2010, tedy téměř šest let. Tuto službu začal využívat z důvodu nemoci a následného

úmrtí své matky, do té doby žil společně s ní. Je svéprávný a spadá do kategorie lehké mentální postižení. V současné době pracuje v McCafé na plný úvazek. Vystřídal již více zaměstnání, a tohle je jeho druhá pozice na volném trhu práce.

Jeho klíčovým pracovníkem je muž, který na chráněném bydlení pracuje jako asistent již šestým rokem, klíčovým pracovníkem klienta A je pátým rokem.

### **Klientka B**

Klientka B je žena, které je 28 let. Službu chráněného bydlení využívá téměř čtyři roky. Tuto službu začala využívat z důvodu rozchodu s přítelem, se kterým žila přibližně rok sama v jednom bytě za podpory svých rodičů. Předtím bydlela s rodiči. Je svéprávná a také spadá do kategorie lehké mentální postižení, k tomu má však ještě psychické problémy. V současné době pracuje v kanceláři chráněného bydlení jako pomocnice s administrativními pracemi na čtyři hodiny dvakrát v týdnu. Je to vlastně její první dlouhodobější práce, před tím pracovala chvíli v chráněné dílně.

Jejím klíčovým pracovníkem je muž, který na chráněném bydlení pracuje třetím rokem jako asistent a klíčovým pracovníkem klienty B je přibližně jeden rok.

### **Klientka C**

Klientka C je také žena a je jí 40 let. Službu chráněného bydlení využívá přibližně 4 roky, spíše však déle. Před tímto chráněným bydlením využívala obdobnou službu v jiném městě, odešla z ní ale z důvodu rozchodu s přítelem. Je svéprávná a jejím handicapem je také lehká mentální retardace. V současné době je nezaměstnaná, jedná se však jen o krátkou přechodnou dobu, nové zaměstnání už má domluvené a bude na volném trhu práce. Bude třídit odpad. V minulosti vystříдалa několik zaměstnání – několik tréninkových kaváren, úklid ulic a Drutěvu.

Klientka B má velice krátce novou klíčovou pracovníci, z toho důvodu byl rozhovor veden s její bývalou klíčovou pracovnící, která na chráněném bydlení pracuje již šestým rokem, nyní již jako vedoucí jedné z lokalit a klíčovou pracovnící klientky B byla přibližně dva roky.



### 4.3 Analýza a vyhodnocení rozhovorů

Pro jednodušší práci se získanými daty byly odpovědi z rozhovorů s klienty a klíčovými pracovníky rozděleny do kategorií podle okruhů otázek směřujících k výzkumnému cíli. Dle jednotlivých kategorií a podkategorií byly odpovědi klientů a asistentů v rozhovorech okódovány, a následně dle stejného systému vypsány, viz Příloha 2: Třídění rozhovorů. Poté následovala jejich analýza a vyhodnocení, kde jsou pro lepší podporu domněnek citovány i úryvky z rozhovorů samotných.

#### Kategorie č. 1: *Povědomí klientů o riziku*

Výzkumná otázka: *Jaké mají klienti povědomí o tom, co je to „riziko“?*

##### Podkategorie č. 1.1: *Představa klientů o riziku*

Výzkumná otázka: *Co si klienti pod pojmem „riziko“ představují?*

Všichni tři klienti dokázali svými slovy popsat, co je napadne, když se řekne slovo „riziko“. Všichni uváděli konkrétní příklady jako přepadení, požár a jiné, jen klient A se vyjádřil trochu obecněji: „*To je jako, když se někomu něco stane. Někdy jako přepadení, něco takovýho špatnýho.*“ Ze všech rozhovorů bylo ale poznat, že klienti vědí, co je rizikem myšleno.

##### Podkategorie č. 1.2: *Rizikové oblasti – pohled klientů*

Výzkumná otázka: *Které oblasti jsou pro klienty rizikové z pohledů jich samotných?*

Z rozhovorů bylo patrné, že klienti jsou opravdu každý jiný. Jediná oblast, kterou shodně uvedli jako rizikovou všichni klienti, bylo vyřizování věcí na úřadech, s tím všichni navzdory své svéprávnosti potřebují pomoc asistentů či rodičů, což u lidí s mentálním postižením není jinak překvapivé. Klientky B a C vidí jako částečně rizikové cestování v MHD. Obě potřebují asistenci, pokud se chtějí dopravit někam, kde to neznají, případně nácvik, pokud se jedná o do budoucna častěji využívanou trasu. Klientce B při cestování dále činí obtíže: „*Třeba převod na ostrůvky, ty mi třeba dělaj hodně problém... přestupy, ty mi ještě nejdou...nebo je takovýhle počasí* (sněžilo a byla námraza), *tak mi asistenti pomůžou.*“ Hlavním důvodem je její zhoršená mobilita, někdy i psychický stav. Klientka C se při cestování trochu obává lidí a pochybných

existenci, které cestou potkává: „...mám jako vždycky takovej jako strach. Protože vždycky když jedu domu, tak bohužel...je to tam hrozný, takže mě otravujou lidi.“

Ostatní klienty uvedené rizikové oblasti se lišily. Klient A uvedl jako rizikové ježdění na kole a manipulaci s penězi, kterou potřebuje procvičit kvůli svému postupu v zaměstnání: „...v práci budu za chvíli na kase... A teď mi všichni pomáhaj a říkaj, co to obnáší, prostě je to velká zodpovědnost, a že to je takový rizikový trošku.“ Klientka B má dle svých slov také menší problém s počítáním peněz. Vzhledem ke svému fyzickému handicapu uvedla jako riziko také například ostříhání si nehtů. Klientka C jako problém zmínila své chování a hádání se s lidmi a také svou důvěřivost, na všem se ale snaží pracovat: „No já se vždycky s někým bavím, a pak je to průšvih. Já se ráda s každým kamarádím...“ Také potřebuje asistenci s praním prádla.

Ze všech tří rozhovorů dále vyplynulo, že pokud klienti potřebují k nějaké činnosti asistenci, sami o ni požádají.

Podkategorie č. 1.3: *Rizikové oblasti – pohled klíčových pracovníků*

Výzkumná otázka: *Které oblasti jsou pro klienty rizikové z pohledu jejich klíčových pracovníků?*

Dle klíčového pracovníka klienta A je tento klient velmi samostatný, a proto se nachází v trochu jiné rovně rizik a sociálního kontaktu, než ostatní klienti na chráněném bydlení. Riziko je pro něj jistě jízda na kole (jezdí sám po Praze), které bylo po nácviku vyhodnoceno jako únosné. Klíčový pracovník s klientem A také řešil rizika ohledně samostatného cestování na větší vzdálenost, konkrétně na koncert jeho oblíbeného zpěváka. Jako velmi rizikové do budoucna u klienta vidí hlavně bariéry v sociálním kontaktu s intaktní populací, konkrétně jeho zvýšenou popudlivost, aroganci a tendenci ostatní peskovat, aniž by domýšlel možné reakce okolí. Tento klient by byl dle něj dobrým adeptem na samostatný život, ale tyto rysy u něj zvyšují riziko samoty. Jako další riziko vidí v tom, že klient A občas něco zcela nepochopí a vyloží si danou věc jinak, což je ale pro lidi s mentálním postižením charakteristické. Také je poměrně snadno zneužitelný, především svými přáteli.

Dle klíčového pracovníka klientky B jsou oblasti klientčinych rizik hodně dané psychickým rozpoložením, v kterém se zrovna nachází, a s tím související mírou sebedůvěry. Rizikovou oblastí je pro ni cestování, konkrétně rychle jedoucí eskalátory, přestupy a nové trasy, tam je třeba asistence a nácvik. Pokud na tom ale není psychicky dobře, dělá jí problém více věcí, sama to ale umí posoudit a o asistenci požádá. Další riziko, které z rozhovoru vyplynulo, je problémové vycházení se svými spolubydlíci a spolubydlení obecně.

Rizikovou oblastí klientky C je dle její bývalé klíčové pracovnice také cestování, především pokud se potřebuje dostat někam, kde to nezná. Cestování je také ztíženo tím, že se klientka C obává alkoholiků a jiných pochybných existencí, což je způsobenou špatnou zkušeností s nimi. Jako další riziko uvedla pracovnice ztracení peněz, tedy paragonů za nákup, které asistenti klientům proplácejí, a to z důvodu její nepořádnosti a chaotičnosti. Klientka mívá často kolísavou náladu a bývá výbušná, takže se na sebe nemůže vždy spolehnout, s čímž souvisí i její neshody se spolubydlíci ohledně úklidu. Jako riziko do budoucna vidí pracovnice v nedostatečném pohybu a špatné životosprávě klientky, které si obhájuje vyšším věkem. Problém spatřuje také ve velmi zkresleném a negativním vztahu k mužům, za který mohou špatné zkušenosti.

#### Podkategorie č. 1.4: *Poučení o rizicích*

Výzkumná otázka: *Jak jsou klienti poučeni o konkrétních rizicích?*

Ze všech rozhovorů vyplynulo, že klienti jsou o rizicích velmi dobře poučeni. Zmiňovali se o tom, co by dělali, kdyby hořelo nebo např. došlo ke krádeži na bytě. Klientka C dokonce uvedla, jak zabezpečuje byt před odchodem: „*Zkontrolovat televizi, jestli je vypnutá, troubu, pak rychlovarnou konvici musím zkontrolovat, jestli jsou zavřeny okna, jestli je všude zhasnuto, no a pak zamknu.*“

Všichni klienti se chovají zodpovědně ohledně konzumace alkoholu, zvláště klientka B, která je medikovaná: „*Ale vzhledem k tomu, že беру silný léky, tak ne, nevím, co by to se mnou jako udělalo. To nejde. To by bylo dost nebezpečný.*“ Stejně tak nikdo z nich nekouří.

S klientkami B a C bylo zmíněno i riziko možného zneužívání, obě věděly, o co se jedná, a uvedly, co je v konkrétní situaci dobré případně dělat. „*Jo, třeba kdyby chtěl někdo cizí peníze nebo tak, radši si ho jako prostě vůbec nevšímat. Jít pryč.*“ [klientka C]. Klientka C má se zneužitím v podobě okradení dokonce osobní zkušenost, z které si vzala ponaučení.

## **Kategorie 2: Spokojenost s prací s riziky**

Výzkumná otázka: *Jak jsou klienti spokojeni s prací na svých rizicích v chráněném bydlení?*

Podkategorie č. 2.1: *Způsoby práce s riziky*

Výzkumná otázka: *Jakými způsoby na rizicích s asistenty pracují?*

Všichni tři klienti uvedli, že s asistenty chráněného bydlení na rizicích pracují a dohromady zmínili v podstatě všechny způsoby práce s riziky, které uvedli i klíčoví pracovníci.

Jednou do měsíce se koná porada na každé lokalitě, kde se mimo jiné probírají a opakují rizikové situace jako požár, vykradení bytu, úraz, možné zneužívání apod. Někteří asistenti s klienty dokonce takové situace nacvičují. Dále má každý klient v individuálním plánu svůj „*papír na rizika*“ [klientka B], tedy plán podpory. V individuálním plánu mají klienti i rizikové plány ke konkrétním cílům, jejichž součástí bývá i nácvik dané činnosti za účelem snížení rizika. „*...já mám za klíčového pracovníka X, a protože chci jakoby letět do Irska, tak teď zatím dáváme na papír, co všechno se tam jako může stát dopředu...že prostě třeba ten plán se může něk zhatit, že nemusí být zrovna, ten autobus se může nějak porouchat a tak.*“ [klient A]. Na svém individuálním plánu pracují klienti s klíčovým pracovníkem cca jednou měsíčně, pokud to situace dovolí. Klienti svoje rizikové oblasti procvičují i průběžně v rámci běžných činností se všemi asistenty na svých lokalitách. „*Třeba na začátku jsem trénoval chození do Alberta.*“ [klient A] Když klienti zůstanou na bytě sami bez asistenta, podepíší tzv. „*zácvik*“. V rámci něj jsou informováni, jak případně postupovat a koho informovat, kdyby se něco stalo.

Z rozhovorů bylo patrné, že s klienty se na chráněném bydlení s riziky opravdu pracuje a mají přehled o tom, jakým způsobem. Nejméně způsobů v rozhovoru zmínil klient A, ale bylo to ovlivněno spíše tím, jaké otázky mu byly kladeny.

#### Podkategorie č. 2.2: *Autoři cílů*

Výzkumná otázka: *Plní služba opravdu přání klientů? (Kdo cíle a práci s rizikem vymýšlí?)*

Všichni tři klienti se shodli na tom, že na chráněném bydlení pracují opravdu na cílech, o které oni sami stojí. Klient A vymýšlí své cíle sám. Klientka B i C vymýšlí cíle společně s klíčovým pracovníkem, někdy s nápadem přijdou ony, někdy pracovník a někdy vyplyne ze společného rozhovoru.

#### Podkategorie č. 2.3: *Přístup asistentů*

Výzkumná otázka: *Jak jsou spokojeni s přístupem asistentů a klíčových pracovníků?*

Klient A je s přístupem asistentů spokojený. Klientka B je spokojená především se svým klíčovým pracovníkem: „*Jo, my se vždycky domluvíme.*“ A doufá, že už to teď bude celkově lepší, což souvisí s jejími nedávnými psychickými problémy. Klientka C přístup dokonce porovnává s předchozí zkušeností s jiným chráněným bydlením a je velmi spokojená, k přístupu asistentů v předchozí službě měla výtky.

#### Podkategorie č. 2.4: *Nátlak asistentů*

Výzkumná otázka: *Tlačili je někdy asistenti do něčeho, co sami nechtěli?*

Klient A a klientka C se shodují, že je asistenti netlačí do něčeho, co by sami nechtěli. Klientka B má pocit, že jeden z asistentů jí občas trochu moc nutí do procházek, spíš to ale souvisí s tím, že raději chodí na vycházky sama.

I samotní klíčoví pracovníci zhodnotili, že se snaží opravdu postupovat v souladu s klientovým přáním, někdy ale nastaly situace, kdy museli třeba do něčeho zasáhnout či nějaký nápad usměrnit. Vždy se ale snaží klientům vysvětlit, z jakého důvodu to dělají.

### **Kategorie č. 3: Zvýšení samostatnosti**

**Výzkumná otázka:** *Jak se za dobu využívání služby chráněného bydlení zvýšila samostatnost klientů?*

Podkategorie č. 3.1: *Pocit klientů ohledně samostatnosti*

Výzkumná otázka: *Mají klienti pocit, že se za dobu využívání služby stali samostatnějšími?*

Všichni tři dotazovaní klienti mají pocit, že na chráněném bydlení zaznamenali vlastní pokroky ohledně své samostatnosti. „*No, myslím si, že určitě, že se to hodně posunulo.*“ [klientka B] „*Hodně toho už jakoby zvládám.*“ [klientka C]

Podkategorie č. 3.2: *Oblasti zvýšení samostatnosti – pohled klientů*

Výzkumná otázka: *V jakých oblastech došlo ke zlepšení samostatnosti klientů dle nich samotných?*

Všichni tři klient zaznamenali pokrok v cestování. Klient A spíše v tom meziměstském, už se nebojí sám vyrazet na výlety bez asistence. „*Jezdim na výlety sám... tak jsme teďka na tom zapracovali ...jsme sepsali rizika jako, všechno jsme si řekli, ukázali, takže jako taky vim...*“ Také začal sám jezdit na kole. Klientky B a C se dle svých slov zdokonalily v cestování po Praze a také v nakupování.

V ostatních oblastech samostatnosti se klienti rozcházejí. Klientka B se osamostatnila od závislosti na své matce a také se zdokonalila v rozhodování: „*...rozhodování. No trochu jo, i když, to mi ještě dělá problém, ale jako taky mi asistenti dávají možnost rozhodnout se sama a třeba i špatně, no. Ještě úplně to není ono, ale snažím se, no.*“ Klientka C má pocit, že se zlepšila ve svém chování: „*Že se jako míň hádám a takhle. Vycházím líp s lidma, ale občas to stejně se mnou není dobrý.*“

Podkategorie č. 3.3: *Oblasti zvýšení samostatnosti – pohled klíčových pracovníků*

Výzkumná otázka: *V jakých oblastech došlo ke zlepšení samostatnosti klientů dle jejich klíčových pracovníků?*

Dle klíčového pracovníka se u klienta A vyvinula spíše realizace jeho schopností, ty samotné už tam byly přítomny i předtím. Jednalo se tedy hlavně o probrání a zvnitřnění možných rizik, ne tolik o učení věcí jako takových. Naučil se jezdit bezpečně na kole a jezdit samostatně na výlety. Rozvinulo se jeho rozhodování a individualita, teď již třeba chápe, že nemusí udělat vše, co se mu řekne. Dle klíčového pracovníka se vyvinul i charakterově, něčím už si není nebezpečný, ale s překonáváním bariér zase přicházejí nové problémy. Také začal lépe zvládat konzumaci alkoholu, což je vzhledem k jeho epilepsii pozitivní krok.

Klientka B se dle klíčového pracovníka zdokonalila především v orientaci ve městě a v samostatnosti na bytě. Také se snížila její závislost na matce.

Klientka C se dle své bývalé klíčové pracovnice také hodně osamostatnila v oblasti cestování a ve své sociální zdatnosti, na chráněném bydlení vybudovala opravdový domov a našla si přátele, což jí dřív dělalo velkou potíž. Také se stala více sama sebou, vnímá lépe svá práva a umí říct ostatním ne.

#### Podkategorie č. 3.4: *Budoucí plány klientů*

Výzkumná otázka: *Čeho by v rámci své samostatnosti chtěli klienti ještě dosáhnout?*

Klient A i klientka B by se chtěli v dohledné době podívat do Irska, oba dva raději s nějakým doprovodem. S tímto plánem přišli zcela nezávisle na sobě, klientka B má v Irsku sestru, zatímco klient A by chtěl navštívit své přátele, které poznal v rámci speciální olympiády. Klient A by se chtěl ještě dále podívat do Ameriky, především do muzea Star Wars. Dále by rád povýšil ve svém současném zaměstnání: „*No potom v tom McDonaldu se může udělat jako velká kariéra. Jako úplně od začátečníka, že prostě můžeš pak bejt až manažer...Jo, to bych chtěl, no.*“

Klientka B měla teď těžké období a nebyla na tom psychicky dobře, a tak své plány do budoucna bude teprve upravovat a vymýšlet, čeká ji ale hledání práce. Klientka C si chce najít přítele a ráda by uskutečnila na výlet na Konopiště. Také chce dál pracovat na snižování své důvěřivosti.

#### Kategorie č. 4: Posouzení vlastních schopností a sebereflexe

**Výzkumná otázka:** *Jak moc jsou klienti schopni posouzení svých schopností a sebereflexe?*

Podkategorie č. 4.1: *Rozdíly ve výpovědích klientů a pracovníků*

**Výzkumná otázka:** *Jak se shodují a rozcházejí výpovědi klientů a asistentů?*

Za účelem snadnějšího porovnání toho, jak se shodují výpovědi klientů s výpověďmi jejich klíčových pracovníků, byly vytvořeny tři následující tabulky:

**Tab. 1: Porovnání pohledů - Klient A**

oblasti	pohled klienta	pohled klíčového pracovníka
RIZIKA	jízda na kole	jízda na kole
	cestování na větší vzdálenost	cestování na větší vzdálenost
	vyřizování na úřadech	
	manipulace s penězi	
		sociální bariéry (popudlivost, arogance, peskování, špatné pochopení) - samota
		možné zneužití přáteli
DOSAŽENÍ VYŠŠÍ SAMOSANOSTI	cestování na větší vzdálenost	cestování na větší vzdálenost
	jízda na kole	jízda na kole
		lepší rozhodování
		větší individualita
		zvládnutí alkoholu
AUTOR CÍLŮ	klient sám	spíše klient
TLAK ASISTENTA	ne	někdy trochu

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)

U klienta A se jeho názor na zvýšené riziko s názorem klíčového pracovníka shodoval v jízdě na kole a v samostatném chzení na výlety. Vyřizování věcí na úřadech uvedl pouze klient A, bylo to ale způsobeno spíše tím, že klíčový pracovník si na tuto oblast nevzpomněl a nebyl na ni dotázán. Sám klient viděl riziko ve vlastní manipulaci s penězi, protože existuje možnost, že by povýšil v práci a byl „za kasou“, což s sebou nese velkou zodpovědnost. Jinak ale s hospodařením s penězi dle sebe i klíčového pracovníka problém nemá. Největší klientovo riziko vidí jeho klíčový



pracovník ve snížené sociální zdatnosti klienta, konkrétně v jeho poměrně velké popudlivosti, peskování ostatních a aroganci, na které klientovo okolí může reagovat různě, což si on sám zřejmě příliš neuvědomuje. Problém také vidí v tom, že klient se díky své velké samostatnosti nalézá v široké rovině sociálního kontaktu a ne vše adekvátně pochopí. Tyto osobnostní rysy sám klient vůbec nezmiňoval. Dle klíčového pracovníka by byl klient A dobrým adeptem na zcela samostatné bydlení, ale díky zmíněným povahovým vlastnostem by nejspíše trpěl samotou. Riziko spatřuje klíčový pracovník také v možném zneužití klienta především přáteli, což se mu v nedávné době bohužel přihodilo.

Ve zvýšení autonomie klienta A za dobu využívání chráněného bydlení se on i klíčový pracovník shodli také v jízdě na kole a v cestování na větší vzdálenosti. Nic dalšího už klient sám neuvedl, zatímco jeho klíčový pracovník zaznamenal pozitivní pokroky v klientově rozhodování, individualitě a lepší zvládnutí konzumace alkoholu, vzhledem ke klientově medikaci. O alkoholu mluvil i klient sám a říkal, že si občas rád dá skleničku, jako dřívější riziko však alkohol neuvedl. Je otázkou, zda si to neuvědomuje, nebo se jedná jen o téma, o kterém lidé obecně neradi hovoří.

Dle klienta A i jeho klíčového pracovníka své plány a cíle vymýšlí spíše klient sám. Klient nemá pocit, že by na něj klíčový pracovník někdy v něčem tlačil. Na tom se s ním v podstatě klíčový pracovník shodne, ač sám uvedl, že v minulosti nastaly situace, kdy musel ke klientovi až promlouvat.

**Tab. 2: Porovnání pohledů - Klientka B**

oblasti	pohled klientky	pohled klíčového pracovníka
RIZIKA	cestování MHD (nová trasa, přestupy, ostrůvky, nepřízeň počasí)	cestování MHD (eskalátory, přestupy, počasí, nová trasa)
	vyřizování na úradech	
	hospodaření s penězi	
	manikúra	
		sebedůvěra (spojeno s psychikou)
		vycházení se spolubydlicími
DOSAŽENÍ VYŠŠÍ	menší závislost na matce	menší závislost na matce
	cestování MHD	cestování MHD

SAMOSANOSTI	rozhodování	
	nakupování	
		samostatnost na bytě
AUTOR CÍLŮ	společně s klíčovým pracovníkem	společně
TLAK ASISTENTA	spíš ne, jen jeden konkrétní asistent	spíš ne

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)

Klientka B se s klíčovým pracovníkem shodla v tom, že rizikovou oblastí je pro ni cestování MHD, především přestupy v metru a nové neznámé trasy. Vzhledem ke svému tělesnému handicapu potřebuje asistenci i za nepříznivého počasí. Klientka dále uvedla jako svou slabinu hospodaření s penězi, což ale její klíčový pracovník nepotvrdil. Neuvedl ani vyřizování věcí na úřadech, což bylo nejspíše opět způsobeno jen opomenutím a nepoložením konkrétního dotazu, stejně jako u předešlého klienta. Jako největší riziko vidí klíčový pracovník nižší sebedůvěru klientky spojenou s jejím aktuálním psychickým stavem. V momentě, kdy je klientka psychicky rozkolísaná, nedaří se jí mnoho věcí, které jinak běžně zvládá. Klientka přímo toto jako riziko neuvedla, ale o svých psychických problémech otevřeně mluvila a je si jich jednoznačně vědoma, dokonce pravidelně navštěvuje psycholožku. Klíčový pracovník dále jako problém uvedl špatné vycházení klientky B se svými spolubydlíci, o tom ale klientka v podstatě také několikrát během hovoru mluvila, ač to nevnímá jako riziko.

V rámci zlepšení svých schopností ohledně své samostatnosti v chráněném bydlení uvedla klientka B i klíčový pracovník menší závislost na matce, kterou si klientka také dobře uvědomuje a pokroky v cestování. Klientka dále uvedla zlepšení v rozhodování a v nakupování, o čemž asistent nemluvil. Mohlo to být ale způsobeno tím, že je klíčovým pracovníkem klientky teprve jeden rok, a za tu dobu se tyto oblasti mohly promítnout méně, než za čtyři roky, které posuzuje klientka. Klíčový pracovník zaznamenal u klientky také pokroky v samostatnosti na bytě, o tom se klientka moc nezmiňovala, může to ale souviset se zmíněnými problémy se sebedůvěrou.

V otázce vymýšlení cílů i případného nátlaku asistentů se oba shodli – cíle vymýšlejí společně a klientka nemá pocit, že by ji klíčový pracovník do něčeho tlačil.

Tab. 3: Porovnání pohledů - Klientka C

oblasti	pohled klientky	pohled klíčové pracovnice
RIZIKA	cestování MHD (nová trasa, strach z lidí)	cestování MHD (nová trasa)
	chování (hádání se, vycházení s lidmi)	chování (kolísavé nálady, výbušnost)
	důvěřivost	důvěřivost
	strach z lidí	strach z lidí
	vyřizování na úřadech	
	praní (v pračce)	
		špatná životospráva
		nedostatečný pohyb
		úklid (problémy se spolubydlením)
		hospodaření s penězi (s tím spojená nepořádnost, chaotičnost)
DOSAZENÍ VYŠŠÍ SAMOSANOSTI		negativní vztah k mužům
	chování	chování
	cestování MHD	cestování MHD
	nakupování	
		sociální zdatnost (přátelé, domov)
AUTOR CÍLŮ	společně s klíčovým pracovníkem	společně
TLAK ASISTENTA	asi ani ne	spíš ne, jen úklid

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)

Klientka C se se svou bývalou klíčovou pracovnící ohledně svých rizikových oblastí shoduje v tom, že riziko u ní může nastat při cestování, hlavně při zkoušení nové trasy. Dále obě mluvily o problémech s výbušným chováním klientky, se strachem z neznámých lidí a s její zvýšenou důvěřivostí. Klientka C dále uvedla svou nesamostatnost ve vyřizování věcí na úřadech, což klíčová pracovnice nezmínila, ale asi jen z důvodu opomenutí. Klientka dále potřebuje asistenci s praním prádla. Klíčová pracovnice zmínila klientčiny problémy s uklízením obecně, což může zahrnovat

i praní. Klíčová pracovnice dále vidí budoucí riziko klientky C ve špatné životosprávě a nedostatečném pohybu, což si klientka údajně obhájí vyšším věkem a právem na klid, takže není divu, že ona sama o těchto oblastech nemluvila. Obě se ale rozcházejí v názoru na hospodaření klientky C s penězi. Obě sice uvádějí, že klientka s penězi vyjít umí, dle klíčové pracovnice jí ale často chybí část peněz, jelikož ztrácí účty za nákup, které klienti potřebují z důvodu vyúčtování. Klíčová pracovnice dokonce uvedla, že když klientce C s tímto problémem asistenti chtěli pomoci vymyšlením nějakého systému, vzbuzovalo to v klientce až agresi, je tedy velkým problémem tuto oblast nějak rozumně zvládnout. Pracovnice riziko dále vidí v negativním vztahu klientky k mužům, což je řešeno jejím pravidelným docházením do „klubu“, kde klienti probírají vztahy a problémy mezi muži a ženami. Klientka o klubu mluvila a jejím cílem je najít si partnera, takže na tomto riziku zjevně pracuje, ač o něm přímo nehovořila.

V rámci zlepšení své samostatnosti za dobu využívání služby chráněné bydlení uvedla klientka C i klíčová pracovnice pokroky v cestování MHD a v klientčíně chování. Klientka uvedla pokroky v nakupování, které její bývalá klíčová pracovnice hodnotí naopak jako spíše stagnující. Bývalá klíčová pracovnice mluvila o klientčíných pokrocích v rámci její sociální zdatnosti, konkrétně vybudování si opravdového domova a vytvoření přátelských vztahů. Také mluvila o tom, že je poslední dobou klientka C více sama sebou, více vnímá svá práva a umí některé věci i odmítnout.

V otázkách vymýšlení nových cílů a v případném tlaku na klientku se obě poměrně shodují, cíle vymýšlely společně a klientka C nemá pocit, že by na ni asistenti ohledně něčeho tlačili. I když pracovnice zmínila, že jednu dobu na ni více naléhali ohledně úklidu, jelikož to bránilo bezproblémovému spolubydlení.

*Jak moc jsou tedy klienti schopni posouzení svých schopností a sebereflexe?*

Klient A neuvedl některá rizika, týkající se jeho osoby. Důvodem může být skutečnost, že si je vůbec neuvědomuje, nevnímá je jako riziko nebo si na ně při rozhovoru nevzpomněl. Vzhledem k tomu, že se jednalo o rizika velmi osobní a ne příliš lichotivá, je možné, že je klient v rozhovoru neuvedl záměrně. Neuvedl ale ani svá zlepšení v oblastech rozhodování a vlastní individuality, což není moc překvapivé, jelikož jsou to poměrně složité a těžko uchopitelné abstraktní pojmy. Z rozhovoru tedy

vyplývá, že klient je schopen jen částečné sebereflexe anebo prostě jen nerad mluví o některých svých problémech. Z výpovědi klíčového pracovníka klienta A bylo patrné, že má na klienta opravdu komplexní pohled a hodně se nad prací s rizikem s klientem A zamýšlí. Může to souviset i se skutečností, že už je klíčovým pracovníkem klienta A pět let, tedy nejdéle z dotazovaných, a tudíž měl možnost ho opravdu poznat.

Z porovnání výpovědí klientky B a jejího klíčového pracovníka vyplynulo, že se jejich názory ve vymezení rizikových oblastí klientky a v jejích pokrocích velmi překrývají, vlastně nejvíce ze všech vedených rozhovorů. Může to znamenat poměrně vysokou schopnost klientky B posoudit své schopnosti a slabiny, a tudíž i vysokou míru sebereflexe. Totéž o ní v rozhovoru zmínil i její klíčový pracovník. Dále to mohla ovlivnit i skutečnost, že klientka B je velmi otevřená a nedělá jí sebemenší potíže, probírat své problémy.

Klientka C se se svou bývalou pracovnící také v názoru na klientčiny rizikové oblasti a pokroky velmi shodují. Vyskytla se tu však oblast financí, v které se zcela rozcházejí. Je otázkou, zda si klientka tento problém nechce přiznat nebo už se opravdu v dané oblasti natolik zlepšila a její bývalá klíčová pracovnice to jen nestačila zaznamenat. I u této klientky je schopnost posouzení svých schopností zjevně poměrně vysoká, stejně jako schopnost sebereflexe. O svých problémech také hovořila velmi otevřeně.

#### **4.4 Shrnutí výsledků výzkumu**

Většinu vytyčených cílů práce se podařilo výzkumem v chráněném bydlení zodpovědět. Vzhledem k tomu, že byl zvolen kvalitativní typ výzkumu, je třeba si uvědomit, že výsledky je možné vztáhnout pouze na klienty, kteří se výzkumu účastnili, nelze je však příliš zobecňovat pro všechny klienty chráněného bydlení.

Hlavní výzkumná otázka zněla: *Jak jsou klienti spokojeni s pokroky ohledně své vlastní samostatnosti v rámci práce s riziky v chráněném bydlení?* Ukázalo se, že všichni dotazovaní klienti jsou se svými pokroky za dobu využívání sociální služby vesměs spokojeni a každý z nich u sebe zaznamenal viditelné konkrétní pokroky

v rámci své samostatnosti. Všichni klienti uvedli pozitivní posun v oblasti cestování, každý z nich ale vyjmenoval i další oblasti, které již zvládá lépe.

Dva ze tří klientů řekli, že na ně asistenti ani jejich klíčový pracovník ohledně jejich cílů a plánů nijak netlačí, pouze jedna klientka měla drobnou výtku k jednomu asistentovi. Klienti také mluvili o tom, že své budoucí cíle vymýšlí buď sami, nebo společně s klíčovým pracovníkem, vždy se ale bez problémů na všem domluví a s cíli souhlasí. Dotazovaní klienti mají i další plány do budoucna, které souvisí se zvyšováním jejich samostatnosti.

Co se týče *povědomí o riziku*, prokázali všichni dotazovaní klienti, že se v tomto tématu poměrně orientují. Všichni dokázali riziko svými slovy popsat, většinou uvedením konkrétních příkladů. Dokázali také uvést způsoby, jakými spolu s asistenty na rizicích v chráněném bydlení pracují. Dvě klientky dokonce zmínily, jak by měly postupovat, pokud by nastal například požár či došlo k vykradení bytu. Jedna z klientek vyprávěla o své zkušenosti se zneužitím vlastní osoby známými za účelem krádeže.

Ohledně *schopnosti posoudit své vlastní schopnosti* se nejvíce ve svých výpovědích se svým klíčovým pracovníkem shodovala druhá klientka. Je tedy možné, že má z dotazovaných klientů nejvyšší míru sebereflexe. Tento výsledek mohla ovlivnit i její velká otevřenost ohledně jejích problémů. Nejméně se se svým klíčovým pracovníkem shodl první klient, teoreticky je tedy jeho schopnost posoudit své schopnosti nejnižší. Vzhledem k tomu, že se jednalo o rizika velmi osobní a ne příliš pochvalná, je možné, že je klient neuvedl vědomě. Možná je jako riziko ale skutečně nevnímá. Třetí klientka se se svou bývalou klíčovou pracovnící také velmi shodovala, v názoru na oblast financí se však značně rozcházely. Ať už bylo důvodem to, že si klientka tento problém nechce přiznat nebo cokoli jiného, je její schopnost posouzení vlastních schopností a limitů také zjevně poměrně vysoká.

Všichni tři klienti tedy prokázali určitou míru sebereflexe a schopnost do určité míry posoudit své schopnosti a svá omezení, z čehož vyplývá, že je opravdu podstatné a smysluplné, aby se na práci s rizikem z velké části podíleli.

Zajímavé je, že rozhovory s druhou a třetí klientkou byly oproti tomu prvnímu daleko více otevřené a obě bez obtíží hovořily i o svých slabinách a problémech. Mohlo to být způsobeno tím, že muži své problémy tolik nerozebírají, spíše o nich neradi mluví a mívají také vyšší sebevědomí. Z takhle malého vzorku je to ale závěr velmi odvážný.

Z výzkumu dále vyplývá, že na chráněném bydlení se s riziky opravdu pracuje a těmto třem klientům je v rámci rizik věnována individuální pozornost. Rozhovory vedené s klíčovými pracovníky jim poskytly zpětnou vazbu, jak klienti práci s nimi vnímají a jak se posunuli směrem k větší samostatnosti. Dva ze tří klíčových pracovníků sami poznamenali, že pro ně bylo přínosné si některé věci shrnout a ohlédnout se zpět. Některým rizikovým oblastem by na základě rozhovorů chtěli věnovat s klienty větší pozornost.

## **Závěr**

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou klienti spokojeni s pokroky ohledně své vlastní samostatnosti v rámci práce s riziky v chráněném bydlení. Dalším cílem bylo odhalit, jaké povědomí o riziku mají, a zda pracují skutečně na tom, co si sami zvolili. Součástí výzkumu byla snaha zjistit, jak moc jsou schopni posoudit své vlastní schopnosti a limity ohledně své samostatnosti. Lze konstatovat, že se podařilo tyto cíle splnit realizováním kvalitativního výzkumu v sociální službě chráněného bydlení. Je třeba mít na paměti, že závěry z takto provedeného šetření a na tak malém výzkumném vzorku lze považovat spíše za inspirativní než za obecně platné.

S ohledem na stanovený cíl byla teoretická část koncipována do čtyř obecných oblastí, které odpovídají názvům hlavních kapitol. První oblast představuje cílovou skupinu chráněného bydlení, tedy charakteristiky lidí s mentálním postižením a zabývá se problematikou otázkou jejich dospělosti. Další kapitola nastiňuje vývoj přístupu společnosti k těmto lidem, který neodmyslitelně souvisí s přístupem k riziku. Třetí kapitola shrnuje mezinárodní a českou legislativu týkající se lidí s postižením a vysvětluje nyní platící občanský zákoník v souvislosti se svéprávností právě lidí s postižením. Poslední kapitola teoretické části pojednává o riziku samotném a o možnostech práce s riziky s osobami s mentálním postižením, od identifikace rizika a jeho posouzení přes tvorbu plánu, vyhodnocení a revizi.

Samotný cíl výzkumu byl zjišťován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se třemi klienti chráněného bydlení a následně s jejich třemi klíčovými pracovníky. Získaná data byla následně podrobena analýze a interpretaci.

Z výzkumu vyplynulo, že všichni tři dotazovaní klienti jsou se svými pokroky za dobu využívání sociální služby chráněného bydlení vesměs spokojeni a každý z nich u sebe zaznamenal viditelné konkrétní pokroky v rámci své samostatnosti. Všichni pracovali na cílech, o které sami stáli. Všichni také věděli, co je rizikem míněno a byli do určité míry schopni posoudit své vlastní schopnosti a limity. Je tedy zjevné, že vhodná práce s rizikem u tázaných klientů zvyšuje míru jejich samostatnosti a má smysl, aby se na ní klienti z co největší části podíleli.



Jistě by bylo zajímavé navázat na zpracovanou bakalářskou práci dalšími výzkumy z této oblasti, např. rozšířit vybraný vzorek klientů, zahrnout do něj i klienty omezené ve svéprávnosti, a poté vést polostrukturované rozhovory s jejich opatrovníky a blízkými příbuznými. Bylo by tak možné srovnat, jak pokroky v samostatnosti klientů vnímají oni, a jestli se také nějak podílejí na práci s rizikem. Výzkum by v budoucnu také mohl být doplněn nahlédnutím do dokumentace, např. do individuálních plánů klientů a pomocí analýzy by mohlo být zkoumáno, jak se záznamy shodují s výpověďmi a metodikou práce s riziky daného chráněného bydlení. Zajímavé by jistě také bylo srovnat tyto výsledky s obdobným výzkumem v jiné pobytové službě, např. v domově pro osoby s mentálním postižením.

Výsledek šetření ukázal, že je práce s riziky v chráněném bydlení pro tázané klienty smysluplná a prospěšná. Oni sami měli ze své zvyšující se samostatnosti dobrý pocit. Dle mého názoru by měla být práce s rizikem samozřejmostí ve všech pobytových službách nejen pro lidi s mentálním postižením a klienti by se do ní měli zapojit co nejvíce, samozřejmě v rámci svých schopností. Výzkum přinesl i konkrétní závěry týkající se rizikových oblastí jednotlivých klientů, které přinesly podněty a nápady k další práci s klienty v chráněném bydlení.

Cílem práce nebylo hodnotit práci s rizikem této sociální služby, ale zaměřit se spíše na názory a pocity klientů. Musím ale uznat, že jsem byla příjemně překvapena, nakolik a jakými způsoby je této oblasti v chráněném bydlení věnována pozornost.

## 5 Seznam použitých zdrojů

1. ALASZEWSKI, A. 1998. *The dangers of risk: professional practice and organisational policies*. In: Allen I., editor. *Best value, risk and regulation*. London: Policy Studies Institute: 55–74.
2. ALASZEWSKI, A., ALASZEWSKI, H. 2002. *Towards the creative management of risk: perceptions, practices and policies*. *British Journal of Learning Disabilities* 30, 56–62.
3. ATKINSON, D., WILLIAMS, F. 1990. *Know Me As I am: An Anthology of Prose, Poetry and Art by People with Learning Difficulties*. London: Hodder and Stoughton. ISBN 0-340-51329-2.
4. BENEŠ, M. 2003. *Andragogika – teoretické základy*. 2. vyd. Praha: Eurolex Bohemia. 216 s. ISBN 80-86432-23-8.
5. CAMPBELL, M., MC CUE, M. 2012. *Assessment of interpersonal risk (AIR) in adults with learning disabilities and challenging behaviour – piloting a new risk assessment tool* *British Journal of Learning Disabilities*, vol. Early View., 10.1111/j.1468-3156.2012.00735.
6. ČERMÁKOVÁ, K., HOLEČKOVÁ, M., K. 2008. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový slovník pro poskytovatele*. Praha: MPSV ČR. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf)
7. ČERNÁ, M. et al. 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
8. DOLEJŠÍ, M. 1978. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum. 190 s. ISBN 08-051-73.
9. FLEGL, V. 1998. *Významné mezinárodní dokumenty k ochraně lidských práv*, Praha, C. H. Beck. ISBN 80-7179-204-7.

10. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2009. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.
11. HAWKINS, R. et al. 2011. *Duty of care and autonomy: how support workers managed the tension between protecting services users from risk and promoting their independence in a specialist group home*. Journal of Intellectual Disability Research. 55: 873-884.
12. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
13. JAY, P. 1979. *Report of the Committee of Enquiry into Mental Handicap Nursing and Care*. London, HMSO.
14. KILCOMMONS, A., M, WITHERS, P., MORENO-LOPEZ, Á. 2012. *Do service users with intellectual disabilities want to be involved in the risk management process? A thematic analysis*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID 25 (5): 433-44.
15. KOZÁKOVÁ, Z. 2005. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého. 74 s. ISBN 08-244-0991-7.
16. LEČBYCH, M. 2006. *I já mám právo řídit svůj život*. In: Psychologie dnes. č. 12. r. 12. Praha: Portál. ISSN 1212-9607.
17. LEČBYCH, M. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2071-4.
18. LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením vstoupila v platnost* [on-line]. (c) 2010. [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://lp.cz/2008/05/umluva-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim-vstoupila-v-platnost/>
19. LUCKASSON, R. et al. 2002. *Mental retardation: Definition, support, and system of supports*. Washington DC, American Association on Mental Retardation.

20. MPSV ČR. *Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)*. Praha (c) 2016. [on-line], [cit. 2016-02-28]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198\\_2009o](http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198_2009o)
21. MŠMT ČR. *Sbírka zákonů. Česká republika. Zákon občanský zákoník*. Praha (c) 2013 - 2016. [on-line], [cit. 2016-04-04]. Dostupné z:  
[http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2012\\_89.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2012_89.pdf)
22. MÜLLER, O., VALENTA, M. 2003. *Psychopedie*. Praha: Parta. 439 s. ISBN 80-7320-063-5.
23. O'BRIAN, J. 1989. *What's Worth Working for? Leadership for Better Quality Human Services*. Lithonia, Georgia: Responsive Systems Associates.
24. OLIVER, M. 1996. *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Hampshire: Palgrave Macmillan. 192 s. ISBN 031-21-5803-3.
25. PANČOCHA, K. 2013. *Postižení jako axiologická kategorie sociální participace*. Brno: Masarykova univerzita. 219 s. ISBN 978-80-210-6344-0.
26. PETIŠKOVÁ, M. 2007. *Poznámky psychiatrovky k problematice mentální retardace*. Přehled základních skutečností, QUIP - Společnost pro změnu: Praha. 31 s.
27. PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
28. POSLANECKÁ SNĚMOVNA PARLAMENTU ČR. *Listina základních práv a svobod*. (c) 1998. [on-line], [cit. 2016-02-28]. Dostupné z:  
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
29. PROCHÁZKOVÁ, L., SAYOUD SOLÁROVÁ, K. et al. 2013. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita. 272 s. ISBN 970-00-210-6306-8.

30. PRUDÍKOVÁ, D. et al. *Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb*. MPSV [on-line]. 2013 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z:  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady\\_pro\\_opatrovniky\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf)
31. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. 1997. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada. 284 s. ISBN 80-7169-512-2.
32. SAUNDERS, M. 1998. *Risk management*. In Thompson T., Mathias, P.: *Standards and Learning Disability*. London: Bailliere Tindall.
33. SELLARS, C. 2006. *Risk Assessment in People with Learning Disabilities*. Oxford: BPS Blackwell.
34. SOBEK, J., et al. 2010. *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus, ISBN 978-80-254-6889-0.
35. STAKE, R. E. 1995. *The art of case study research*. London: Sage.
36. ŠIŠKA, J. 2005. *Mimořádná dospělost*. Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti. Praha: Karolinum. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
37. ŠVANCARA, J. 1981. *Kompendium vývojové psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 235 s.
38. ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
39. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
40. TINDALL, B. 1997. *People with learning difficulties: citizenship, personal development and the management of risk*. In: Rensall H., Pritchard J., editors. *Good Practice in Risk Assessment and Risk Management*. London, Jessica Kingsley.

41. VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
42. VLÁDA ČR. *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020*. Praha (c) 2009-2016. [on-line], [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-podpory-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2015-2020-130992/>
43. VLÁDA ČR. *Vládní výbor pro zdravotně postižené občany*. Praha (c) 2009-2016. [on-line], [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>

## **6 Seznam tabulek**

<b>Tabulka 1</b> – Porovnání pohledů – klient A.....	47
<b>Tabulka 2</b> – Porovnání pohledů – klientka B.....	48-49
<b>Tabulka 3</b> – Porovnání pohledů – klientka C.....	50

## **7 Seznam příloh**

**Příloha 1** – Informovaný souhlas s rozhovorem

**Příloha 2** – Třídění rozhovorů

**Příloha 3** – Doslovná transkripce rozhovoru s klientkou C

**Příloha 4** – Doslovná transkripce s klíčovou pracovnící klientky C



